rapport annuel de gestion 2010-2011

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

Édition :
La Direction des communications
du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-62880-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-62889-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit,
la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation
préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou
son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique,
mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

MESSAGE DES MINISTRES

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

C'est avec plaisir que nous vous transmettons le rapport annuel de gestion 2010-2011 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Élaboré conformément aux dispositions de la Loi sur l'administration publique, ce rapport présente les résultats obtenus au terme de la première année de mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2015 du Ministère. Le rapport fait également état des résultats relatifs au Plan d'action de développement durable 2009-2013, à la Déclaration de services aux citoyens, à l'utilisation des ressources allouées au Ministère ainsi qu'à l'application des différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur.

Les résultats présentés dans ce rapport témoignent des efforts déployés afin d'améliorer continuellement l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux offerts aux Québécoises et aux Québécois. Nous tenons à souligner certains progrès observés, notamment au regard de l'implantation du Programme national de santé publique, de l'accès aux services de première ligne, de l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ainsi qu'en matière de développement durable.

L'atteinte des objectifs du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux nécessite l'apport d'un personnel compétent, dévoué et responsable à qui nous souhaitons exprimer toute notre gratitude.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Dominique Vien
Ministre déléguée aux Services sociaux

MESSAGE DU SOUS-MINISTRE

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame Dominique Vien
Ministre déléguée aux Services sociaux

Monsieur,
Madame,

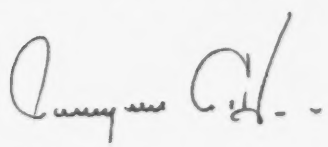
Nous vous transmettons le rapport annuel de gestion 2010-2011 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2011.

Ce rapport témoigne notamment des résultats obtenus par le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux lors de la première année de mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2015. Il fait également état de l'atteinte des objectifs et des engagements contenus dans le Plan d'action de développement durable 2009-2013 et la Déclaration de services aux citoyens.

Le rapport annuel de gestion contient une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction de la vérification interne, à la demande du Comité ministériel de vérification.

Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution soutenue du personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux, dont le dévouement et le professionnalisme sont essentiels à l'atteinte des résultats et à une prestation de services de qualité.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Jacques Cotton
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles XIII

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 1

Le rapport de validation de la Direction de la vérification interne 3

PARTIE 1
LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ... 5

1.1 Le Ministère 5
1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux 6

PARTIE 2
LE CONTEXTE ET LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2010-2011 11

2.1 L'adoption de la Loi facilitant le don d'organes et de tissus 11
2.2 La création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) 11
2.3 Les mesures d'amélioration de l'efficience dans la prestation des services de santé et des services sociaux (optimisation) 12
2.4 Le dépôt du projet de loi no 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux 13
2.5 Le soutien au déploiement d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne 13
2.6 La publication du Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 13
2.7 Le quatrième rapport national sur l'état de santé de la population québécoise – L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang 14
2.8 Le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal 14
2.9 Le renouvellement des conventions collectives des salariés du réseau 15
2.10 Le cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier 15
2.11 L'adoption du projet de loi no 105 : Loi concernant l'adoption d'enfants d'Haïti 15
2.12 L'entrée en vigueur de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée 16

PARTIE 3
LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 17

ENJEU 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être 18
Orientation 1.1 : Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être 18
AXE : Prévention dans les continuums de services 18

ENJEU 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 20
Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne 20
AXE : Services médicaux et infirmiers 20
AXE : Services psychosociaux 22
Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers 23
AXE : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance 23
Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante 26
AXE : Réseaux de services intégrés 26
Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités 27
AXE : Services de soutien à domicile 27
AXE : Diversification des milieux de vie 28

ENJEU 3 Un délai raisonnable pour l'accès aux services 29
Orientation 3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables 29
AXE : Services sociaux et de réadaptation 29
AXE : Médecine et chirurgie 31
AXE : Urgences 33
AXE : Santé mentale 34

ENJEU 4 La qualité des services et l'innovation 35
Orientation 4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services 35
AXE : Contrôle des infections nosocomiales 35
Orientation 4.3 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique 36
AXE : Dossiers cliniques informatisés 36

ENJEU 5 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 37
Orientation 5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée 37
AXE : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale 37
AXE : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau 39
AXE : Disponibilité du personnel d'encadrement et évolution des pratiques de management 41
Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes 42
AXE : Rétention et mieux-être au travail 42

PARTIE 4
LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2009-2013 45

Orientation gouvernementale 1 : Informer, sensibiliser, éduquer, innover 45
Action 1 : Sensibilisation et formation des employés du Ministère à la démarche gouvernementale de développement durable 45

Orientation gouvernementale 2 : Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement 47
Action 2 : Organisation en santé 47
Action 3 : Politiques alimentaires 49
Action 4 : Renforcement de la pratique d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé 50
Action 5 : Promotion d'environnements extérieurs sains et sécuritaires dans le réseau de la santé et des services sociaux 51

Orientation gouvernementale 3 : Produire et consommer de façon responsable 52
Action 6 : Adoption d'un cadre de gestion environnementale et de pratiques d'acquisitions écoresponsables 52
Action 7 : Gestion des matières résiduelles 53
Action 8 : Retraitement des dispositifs médicaux 54
Action 9 : Intégration de critères d'écoresponsabilité dans les appels d'offres 55
Action 10 : Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction 56
Action 11 : Valorisation des aides techniques suppléant à une déficience motrice 57
Action 12 : Promotion et soutien de projets ayant recours à des énergies renouvelables 59
Action 13 : Normalisation d'un système de chauffage auxiliaire pour les ambulances 60

Orientation gouvernementale 6 : Aménager et développer le territoire de façon durable et intégrée 61
Action 14 : Soutien au réseau et mise en commun des initiatives 61
Action 15 : Surveillance des caractéristiques des communautés 63
Action 16 : Déploiement de la télésanté 65

PARTIE 5
LES RÉSULTATS AU REGARD DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS 67

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux 67
5.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec 68
5.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac 70
5.4 Les plaintes 71

PARTIE 6
L'UTILISATION DES RESSOURCES 73

6.1 Les ressources humaines 73
6.2 Les ressources budgétaires et financières 74
6.3 Les ressources informationnelles 78

PARTIE 7
L'APPLICATION DE CERTAINES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES 87

7.1 L'accès à l'égalité en emploi 87
7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes 90
7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 93
7.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration 94
7.5 Les changements climatiques 94
7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé 95
7.7 L'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique 96
7.8 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013, titré *La diversité : une valeur ajoutée* 97
7.9 La Politique de financement des services publics 99
7.10 Directive sur la gestion des ressources informationnelles 104
7.11 Les nouvelles règles pour les bonis au rendement 105
7.12 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec 106

ANNEXES

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux 111
Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux 112
Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux 115
Annexe IV L'évolution de certains résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 123

LISTE DES SIGLES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DSQ	Dossier de santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'information et les résultats contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a eu recours à des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer le suivi de la réalisation des objectifs fixés.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les trois sections touchant la présentation des résultats du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2010-2011 du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Les membres du comité de direction,

Jacques Cotton
Sous-ministre

Jean Rodrigue
Sous-ministre adjoint
Services de santé et médecine universitaire

Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint
Planification, performance et qualité

Sylvain Gagnon
Sous-ministre adjoint
Services sociaux

Édith Lapointe
Sous-ministre adjointe
Personnel réseau et ministériel

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint

Michel Fontaine
Sous-ministre associé
Coordination, financement,
immobilisations et budget

Lise Verreault
Sous-ministre associée
Bureau de programme pour l'informatisation
du réseau de la santé et des services sociaux
Technologies de l'information

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2011

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DE LA VÉRIFICATION INTERNE

Monsieur le Sous-ministre,

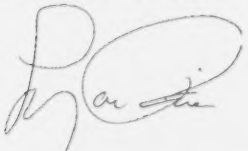
Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 », « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » ainsi que l'annexe IV du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2011. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué en s'inspirant des normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne élaborées par l'Institut de l'Audit Interne (The Institute of Internal Auditors). Les travaux ont consisté essentiellement à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter de l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 », « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » ainsi que dans l'annexe IV du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,



Suzanne Pitre
Directrice

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2011

PARTIE 1

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

1.1 Le Ministère

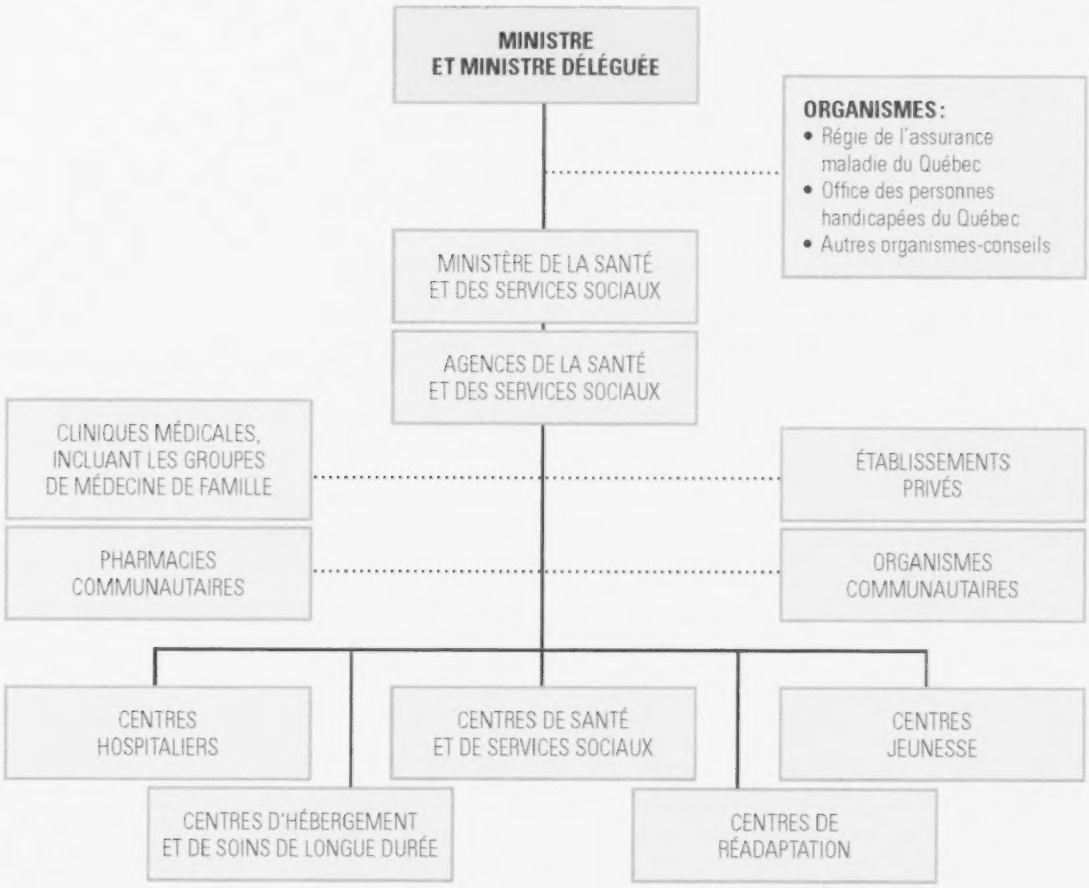
Le principal rôle du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec.

Pour ce faire, le Ministère détermine les orientations, les objectifs et les priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et voit à leur mise en œuvre. Il définit les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficience des services offerts à la population. De plus, le Ministère assure la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé publique, la répartition équitable des ressources ainsi que la coordination interrégionale des services. Enfin, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Les lois régissant et encadrant les activités du Ministère sont présentées à l'annexe I, tandis que l'organigramme du Ministère se trouve à l'annexe II.

Par ailleurs, treize organismes et comités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les coordonnées de ces organismes apparaissent à l'annexe III.

1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux



LES ORGANISATIONS RÉGIONALES

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui veillent à l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Les quinze agences de la santé et des services sociaux ainsi que les trois autres autorités régionales ont une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés.

LES ÉTABLISSEMENTS

Au 31 mars 2011, le réseau de la santé et des services sociaux comprenait 289 établissements ; 189 étaient publics et 100, privés. Ces établissements constituent des entités juridiques ayant des capacités et des responsabilités légales. Ils détiennent un permis du ministre pour offrir des services correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux[1]. Les établissements gèrent 1 738 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 189 établissements publics se répartissent en 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 94 établissements hors CSSS. La majorité de ces établissements assume plus d'une mission.

Les 95 CSSS comprennent tous un centre local de services communautaires (CLSC). Un seul CSSS assume de façon unique la mission de CLSC. Parmi les 94 CSSS qui ont des missions multiples :

- 93 assument également la mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- 79, celle d'un centre hospitalier (CH) ;
- et 11, celle d'un centre de réadaptation (CR).

Pour leur part, les 94 établissements publics hors CSSS se distribuent ainsi :

- 74 assurent, de façon unique ou multiple, les missions d'un CR, d'un CHSLD ou d'un CH ;
- 16 centres jeunesse (CJ) assument à la fois la mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que celle d'un CR ;
- 4 établissements, situés dans les régions nordiques, assument toutes les missions.

Cinq établissements sont désignés centres hospitaliers universitaires (CHU). De plus, cinq établissements assurant les missions d'un centre hospitalier et d'un CHSLD ainsi que huit CSSS ont une désignation de centre affilié universitaire. Enfin, onze établissements sont désignés instituts universitaires, soit six dans le secteur de la santé et cinq dans le secteur social.

Par ailleurs, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés.

1. Les cinq missions définies par la Loi sont celles d'un centre hospitalier, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un centre local de services communautaires, d'un centre de réadaptation ainsi que d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

LES EFFECTIFS DU RÉSEAU

Le réseau de la santé et des services sociaux compte sur une main-d'œuvre représentant environ 6,8 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 287 730 personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2010-2011, on compte approximativement :

- 800 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 510 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 257 880 salariés – cadres ou syndiqués – dans les agences et les établissements publics, dont 106 940 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;
- 27 540 professionnels touchant une rémunération de la RAMQ, dont 8 030 médecins omnipraticiens, 8 690 médecins spécialistes et 2 980 médecins résidents ainsi que 1 880 pharmaciens propriétaires, 3 600 dentistes et 1 260 optométristes.

LES CLINIQUES MÉDICALES, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Outre les ressources institutionnelles mentionnées préalablement, d'autres acteurs contribuent à la réalisation de la mission du Ministère et du réseau, soit des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 1 934 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes[2], dont 223 groupes de médecine de famille (GMF) ;
- 1 734 pharmacies communautaires ;
- 2 225 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) ;
- 7 447 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) ;
- 2 164 résidences privées offrant des services aux personnes âgées ;
- 3 605 organismes communautaires ;
- 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique.

2. Cette donnée est tirée du Répertoire des ressources en santé et services sociaux, en date du 17 mai 2011.

LES PARTENAIRES DU DOMAINE SOCIOSANITAIRE

Le Ministère remplit sa mission en collaborant avec des partenaires majeurs très actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces derniers sont constitués, notamment :

- de 6 associations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- de 23 ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- de plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- de plusieurs organisations syndicales du Québec représentant les employés du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que des fédérations médicales ;
- des représentants des organismes communautaires ;
- des regroupements d'assureurs et de l'industrie pharmaceutique, dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments.

D'autres secteurs de l'État sont concernés par la prévention des problèmes de santé et de bien-être ainsi que par le soutien aux personnes vulnérables. Le Ministère s'associe ainsi avec plusieurs partenaires gouvernementaux (revenu, éducation, famille et aînés, environnement, etc.) pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Enfin, le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les acteurs des différents milieux de vie, comme les écoles, les milieux de travail et les municipalités.

PARTIE 2

LE CONTEXTE ET LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2010-2011

Le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux consentent les efforts requis pour assurer des soins et des services accessibles, continus et de qualité. Au cours de la dernière année, l'adoption de lois et de plans d'action ainsi que le recours à des interventions visant à assurer la protection de la santé, la sécurité de la population ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources témoignent de cette volonté.

2.1 L'adoption de la Loi facilitant le don d'organes et de tissus

Le 8 décembre 2010, l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi nº 125, intitulé Loi facilitant le don d'organes et de tissus. Ce projet de loi modifie la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec de façon à ce que toute personne puisse, en tout temps à compter de sa demande d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec, exprimer par écrit sa volonté d'autoriser le prélèvement sur son corps d'organes ou de tissus après son décès à des fins de greffe. Ce nouvel outil s'ajoute au consentement signifié par l'autocollant apposé sur la carte d'assurance maladie.

La loi prévoit en outre que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a pour fonction d'établir et de tenir à jour un registre des consentements au prélèvement d'organes et de tissus après le décès. Elle permet à la RAMQ de communiquer, sur demande, les renseignements figurant sur le formulaire de consentement aux organismes qui assurent la coordination des dons d'organes ou de tissus et qui sont désignés à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Des mesures favorisant le don d'organes s'ajoutent à cette loi, dont des modifications aux normes du travail, un programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants et la participation du Québec au registre canadien des donneurs vivants.

2.2 La création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Le Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par M. Claude Castonguay, avait recommandé en 2008 de mettre en place un organisme indépendant et crédible à qui serait confié un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des soins de santé et des services sociaux.

Créé en vertu d'une loi adoptée le 10 juin 2010, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

L'INESSS doit évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels, élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal de ces technologies, médicaments et interventions, les maintenir à jour et les diffuser. Il doit aussi déterminer, dans ses recommandations et ses guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services. Enfin, l'INESSS doit faire des recommandations au ministre dans le cadre de la mise à jour de certaines listes de médicaments.

L'INESSS reprend, entre autres, les mandats de deux organismes qui ont cessé d'exister le 19 janvier 2011, soit le Conseil du médicament et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

2.3 Les mesures d'amélioration de l'efficience dans la prestation des services de santé et des services sociaux (optimisation)

De 2003-2004 à 2010-2011, le taux de croissance des dépenses de santé a été, en moyenne, de 5,8 % annuellement. Il s'agit d'une croissance plus importante que celle des autres dépenses gouvernementales, dont le taux s'est établi à 3,6 % par année au cours de la même période. Pour un retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014, le gouvernement mise sur une approche limitant à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales de santé. Cela signifie que le système de santé et de services sociaux devra composer avec un écart de croissance de financement qui sera de l'ordre de 730 millions de dollars pour les trois prochains exercices financiers.

Dans cette perspective, le Ministère ainsi que les agences de la santé et des services sociaux ont adopté une démarche d'optimisation basée sur la recherche de façons novatrices d'atténuer la pression causée par la croissance des besoins. Cette démarche vise à améliorer l'accès aux services par une utilisation encore plus judicieuse des ressources matérielles, humaines et financières, incluant les immobilisations et les technologies de l'information existantes.

Pour ce faire, une structure de coordination ministérielle et une table d'optimisation formée de représentants des 18 autorités régionales ont été mises en place en novembre 2010. Les différents paliers du réseau de la santé (MSSS, agences et établissements) ont participé à un appel de projets porteurs permettant d'accroître la performance du réseau. Plus de 420 projets furent présentés, puis regroupés en 26 projets nationaux. Ces projets couvrent six grands chantiers d'intervention, soit les technologies de l'information, les services de santé (Info-Santé 8-1-1, l'accès aux services spécialisés, la santé mentale et la hiérarchisation des laboratoires), l'efficacité énergétique, les approvisionnements en commun, le soutien à domicile ainsi que les ressources humaines du réseau.

Quel que soit le chantier ou le projet, l'intention demeure la même : s'assurer que chaque dollar investi dans le réseau de services génère le maximum de gains.

L'optimisation doit devenir une préoccupation de gestion « transversale » au sein des organisations, une culture partagée par l'ensemble des intervenants. Cette gestion implique de donner au réseau une direction d'ensemble, d'assurer un suivi assidu de ses secteurs problématiques, de clarifier les responsabilités de chacun et d'exiger une rigueur accrue des systèmes de gestion ainsi qu'une reddition de comptes soutenue.

Par l'encadrement, le soutien, l'accompagnement et la reddition de comptes, la démarche relative à l'optimisation vise à mobiliser tout le personnel et à assurer le suivi régulier des avancées, de manière à atteindre les objectifs d'un mouvement qui se veut irréversible.

2.4 Le dépôt du projet de loi nº 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux

Présenté à l'Assemblée nationale le 9 décembre 2010, le projet de loi nº 127 a fait l'objet des travaux de la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale en mars 2011.

Ce projet de loi porte sur la modernisation de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux à l'intérieur des structures existantes. Il vise plus particulièrement à accroître la responsabilisation et l'imputabilité des organisations et des conseils d'administration ainsi que la complémentarité et l'interdépendance entre les trois paliers de gestion.

Les changements législatifs proposés touchent principalement la composition, le fonctionnement et le rôle du conseil d'administration d'un établissement ou d'une agence ainsi que l'exercice de l'imputabilité. Sont également proposées des mesures donnant aux agences et au ministre la possibilité d'intervenir de façon graduée auprès des établissements du réseau éprouvant des difficultés de fonctionnement.

2.5 Le soutien au déploiement d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Le 14 juillet 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé que le gouvernement du Québec investira plus de 117 millions de dollars au cours des prochaines années afin de soutenir le déploiement d'un total de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne dans des établissements de santé de l'ensemble des régions du Québec.

Dans le cadre d'une pratique en partenariat avec le médecin, l'IPS en soins de première ligne peut exercer certaines activités médicales auprès des patients de tous âges, notamment la prescription de médicaments et d'examens diagnostiques, l'administration de certains traitements médicaux et la prestation de soins par différentes techniques invasives telles que des sutures de plaies ou des drainages d'abcès. L'IPS peut également assurer le suivi de grossesse jusqu'à 32 semaines ainsi que le suivi de l'état de santé de patients aux prises avec des problèmes de santé courants ou des maladies chroniques diagnostiquées. De plus, l'IPS réalise des activités visant la promotion de la santé, la prévention et l'éducation à la santé.

2.6 La publication du Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015

Depuis plusieurs années, la prévention du tabagisme chez les jeunes s'inscrit dans les priorités gouvernementales en matière de santé publique. Diffusé à l'automne 2010, le Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 reflète les engagements du gouvernement, qui se manifestent

notamment par l'adoption et le renforcement de la Loi sur le tabac, par l'appui à des campagnes de communication ainsi que par le soutien financier à la mise en œuvre de mesures de prévention du tabagisme en milieu scolaire.

Le plan québécois interpelle de nombreux partenaires engagés dans la lutte contre le tabagisme dont la collaboration et les actions conjuguées permettent d'améliorer la situation de milliers de jeunes en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme. Ce document prend en compte les stratégies jugées efficaces dans la littérature et il fait état des stratégies et des actions qui seront menées sur le territoire québécois au cours des cinq prochaines années.

2.7 Le quatrième rapport national sur l'état de santé de la population québécoise – L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang

C'est en mai 2010 que le directeur national de santé publique a publié son quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec, lequel s'inscrit dans l'exercice des responsabilités confiées au directeur national par le ministre en vertu de la Loi sur la santé publique.

Ce rapport décrit l'évolution de la situation ces dernières années en matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et présente les gains réalisés au regard des activités de prévention, de dépistage et de traitement. Il invite le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires à tout mettre en œuvre pour renverser la tendance à la hausse des dernières années.

Le document sert de base à la mobilisation pour que la lutte contre les ITSS devienne une véritable responsabilité collective et individuelle. Un ensemble d'actions visant le renforcement des interventions cliniques et des efforts de prévention est en cours et s'appuie sur les recommandations du directeur national contenues dans le rapport.

2.8 Le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal

Le 23 novembre 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal dans huit établissements de santé du Québec, par l'entremise de projets de démonstration. La pertinence et la faisabilité du programme ont préalablement été démontrées dans un avis produit par l'Institut national de santé publique du Québec à la demande du Ministère.

Ces projets de démonstration visent à tester les modalités et les mécanismes nécessaires à l'implantation d'un programme de dépistage du cancer colorectal conforme aux normes établies, notamment sur le plan de la qualité et de l'accessibilité. Inscrit dans les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, le dépistage est un moyen très efficace pour détecter la présence de certains cancers en l'absence de tout symptôme, comme c'est généralement le cas au premier stade du cancer colorectal. Il devient alors possible d'agir de façon précoce pour contrôler l'évolution de ce cancer et même le guérir avant qu'il ne parvienne à un stade plus avancé.

2.9 Le renouvellement des conventions collectives des salariés du réseau

En 2010, le gouvernement a achevé un exercice historique de négociation en vue du renouvellement des conventions collectives 2010-2015 le liant à ses quelque 240 000 salariés syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux. La conclusion d'ententes pour toutes les catégories d'emplois dans des temps réduits et sans que les syndicats n'aient recours à la grève contribuera à offrir un sain climat de travail pendant les cinq prochaines années.

En plus de répondre à plusieurs besoins exprimés par les salariés, les nouvelles conventions collectives fournissent les leviers nécessaires aux employeurs pour améliorer concrètement les services offerts aux usagers. Elles modernisent l'organisation du travail tout en facilitant la conciliation travail-famille et en optimisant la disponibilité de la main-d'œuvre dans les secteurs et pendant les quarts de travail plus durement touchés par des pénuries. Elles vont également contribuer à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires tout en assurant une plus grande stabilité des équipes de travail.

2.10 Le cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Lorsqu'elles séjournent à l'hôpital, les personnes âgées, surtout celles qui sont atteintes de maladies chroniques, sont susceptibles d'être affectées rapidement par des pratiques qui ne sont pas adaptées à leur condition.

En février 2011, le Ministère a publié un cadre de référence élaboré par des experts du réseau afin de sensibiliser les médecins, les professionnels, les gestionnaires et le personnel au phénomène du déclin fonctionnel lié au séjour dans un centre hospitalier, et afin de les outiller pour qu'ils puissent prévenir ou atténuer ce phénomène.

Associées au cadre de référence, dix fiches pratiques présentent de manière opérationnelle la démarche clinique structurée et hiérarchisée de l'approche adaptée aux personnes âgées hospitalisées.

Un outil diagnostic a également été conçu à l'intention des établissements aux fins de l'évaluation des forces et des points à améliorer au regard des soins et des services offerts à la personne âgée. En plus de permettre à la direction de cerner l'état de la situation, cet outil contribue à mieux lui faire saisir certains enjeux primordiaux liés à l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées.

2.11 L'adoption du projet de loi nº 105 : Loi concernant l'adoption d'enfants d'Haïti

À partir du 4 juin 2010, le Secrétariat à l'adoption internationale s'est impliqué dans l'application de la loi concernant l'adoption des 126 enfants haïtiens accueillis par leurs parents adoptants à la suite du séisme en Haïti. Au cours de l'été 2010, un certificat d'adoption a été délivré pour chaque enfant visé par cette loi.

Le Secrétariat à l'adoption internationale a également travaillé, tout au long de l'année 2010, à établir une coalition internationale visant à soutenir les institutions haïtiennes dans le développement d'un système d'adoption basé sur le respect des droits fondamentaux des enfants. C'est ainsi que, les 9 et 10 décembre 2010, plusieurs pays d'accueil, l'Unicef et le Bureau permanent de La Haye se sont réunis à Montréal, à l'initiative du Secrétariat à l'adoption internationale et du Service de l'adoption internationale de la France.

La conférence de Montréal a permis aux États d'accueil de démontrer à Haïti leur solidarité quant aux garanties souhaitées en matière d'adoption internationale. Cette rencontre a également permis de définir les grandes lignes d'un plan d'action et d'une offre de coopération des États d'accueil avec les organisations internationales pour appuyer les efforts des autorités haïtiennes dans ce domaine.

2.12 L'entrée en vigueur de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée

Le projet de loi nº 26 visant à assurer une pratique de qualité, sécuritaire et éthique en matière de procréation assistée au Québec a été adopté à l'Assemblée nationale le 18 juin 2009. Le Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée et celui modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie ont été publiés dans la Gazette officielle du Québec le 21 juillet 2010.

Le 5 août 2010, lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et des deux règlements, la gratuité des services est devenue effective. La gratuité est assurée pour toutes les activités médicales et les médicaments liés à l'insémination artificielle et à trois cycles de fécondation in vitro.

Ce programme a permis de réaliser, en 2010-2011, 2 584 cycles de fécondation in vitro et de diminuer de 5 % le nombre de grossesses gémellaires issues de cette technique.

PARTIE 3

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

Cette partie fait état des résultats atteints au regard des objectifs du Plan stratégique 2010-2015 du Ministère. Les résultats obtenus pour l'année 2010-2011 y sont exposés et commentés en fonction des cinq premiers enjeux du plan stratégique, soit :

- l'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être ;
- la primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services ;
- un délai raisonnable pour l'accès aux services ;
- la qualité des services et l'innovation ;
- l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines.

L'année 2010-2011 constitue donc la première année de reddition de comptes pour la période couverte par ce nouveau plan stratégique. Il importe de préciser que le présent rapport annuel de gestion ne porte pas sur l'ensemble des enjeux et des objectifs définis dans le plan, mais bien sur ceux pour lesquels des engagements avaient été pris en 2010-2011 et des données étaient disponibles. Au terme des cinq années, l'ensemble des objectifs du Plan stratégique 2010-2015 sera traité, incluant ceux de l'enjeu 6 visant une gestion performante et imputable.

Par ailleurs, afin d'assurer la continuité avec le plan stratégique précédent (2005-2010), l'annexe IV illustre l'évolution des résultats atteints pour les indicateurs figurant dans les deux plans stratégiques.

Toutes les données présentées dans cette partie et à l'annexe IV ont une portée nationale. Certaines sont colligées dans le cadre d'activités ministérielles, alors que d'autres proviennent de la compilation de données recueillies dans chacune des régions. Pour connaître les portraits régionaux de ces résultats, il est possible de consulter les rapports annuels de gestion des agences de la santé et des services sociaux.

Enfin, en raison de leurs caractéristiques sociosanitaires et administratives, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James exigent la prestation de services distincts, dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. En conséquence, les données relatives à ces régions ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'indication contraire.

ENJEU 1

L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

AXE : **PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES**

Objectif 1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP[1]	85 % des activités implantées d'ici 2015	81,5 %

1. L'indicateur a été précisé depuis la parution du Plan stratégique 2010-2015 ; initialement, son libellé était le suivant : « Pourcentage des activités du PNSP implantées ».

Objectif 1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :

- Infections transmissibles sexuellement et par le sang
- Habitudes de vie et maladies chroniques
- Chutes chez les personnes âgées
- Suicide

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015	68,8 %

LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) définit la contribution de la santé publique à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la population. Cette contribution se traduit, notamment, par l'énoncé d'un ensemble d'activités de santé publique qui doivent être offertes dans toutes les régions ou sur tous les territoires locaux du Québec. Ces activités se répartissent dans six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale ; habitudes de vie et maladies chroniques ; traumatismes non intentionnels ; maladies infectieuses ; santé environnementale et, enfin, santé en milieu de travail.

En 2010-2011, le pourcentage moyen d'implantation des activités s'établit à 81,5 %, variant de 68,5 % à 87,6 % selon les régions. L'implantation d'une activité fait référence à l'offre de celle-ci dans une région ou un territoire local, selon le cas, sans tenir compte de l'intensité des services. Ces résultats montrent que l'atteinte de la cible fixée à 85 % est bien amorcée dans la plupart des régions du Québec, quatre d'entre elles l'ayant même dépassée. Toutefois, des efforts restent à faire pour soutenir l'implantation des activités du programme, tout particulièrement dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale ainsi que dans celui des traumatismes non intentionnels.

L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DANS LES SERVICES CLINIQUES DE PREMIÈRE LIGNE

Pour renforcer la prévention dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'une des stratégies privilégiées par le PNSP est la promotion et le soutien de pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de première ligne. Parmi les pratiques identifiées dans le PNSP, certaines ont été priorisées, soit celles qui ont trait aux habitudes de vie et aux maladies chroniques, aux chutes chez les personnes âgées, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi qu'au suicide[3].

En 2010-2011, la moyenne des pratiques cliniques préventives priorisées ayant fait l'objet d'activités de soutien est de 68,8 %. Cette proportion varie de 8,3 % à 100 % selon les régions et la cible visée de 85 % d'ici 2015 a été atteinte dans deux d'entre elles. L'une de ces pratiques, soit celle qui concerne le counselling sur l'abandon du tabagisme, a fait l'objet d'activités de soutien dans toutes les régions. Il faut mentionner que certaines des pratiques priorisées ont pu faire l'objet de telles activités dans les années antérieures. Par ailleurs, pour favoriser l'atteinte de la cible fixée, les régions disposent d'un réseau d'échange et de soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les différents milieux cliniques.

3. Deux pratiques cliniques préventives ne sont pas incluses dans les résultats de 2010-2011 : celle qui se rapporte au suicide, puisqu'elle ne faisait pas partie de la liste établie à l'occasion de la mise à jour du PNSP en 2008, et celle qui se rapporte au dépistage du cancer du col de l'utérus.

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Orientation 2.1
Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

AXE : **SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS**

Objectif 2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	70 % de la population d'ici 2015	57,4 %

Objectif 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Nombre total de GMF implantés	300 GMF d'ici 2013	223 GMF
Nombre total de cliniques-réseau implantées	–	46 CR
Pourcentage des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	70 % des médecins de famille d'ici 2015	51 %

L'INSCRIPTION DES PERSONNES AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

Depuis le 1er janvier 2009, l'inscription de la clientèle auprès d'un médecin de famille pratiquant en groupe de médecine de famille (GMF) ou hors GMF s'adresse à toute la population. Au 31 mars 2011, 2,6 millions de personnes (32,6 % de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant en GMF et plus de 4,5 millions de personnes (57,4 % de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant ou non en GMF.

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

L'implantation des GMF vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population. Le modèle d'organisation clinique que constitue le GMF entraîne des changements dans la pratique professionnelle et le développement de la collaboration entre les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels du réseau. L'objectif poursuivi par les GMF est notamment d'offrir une gamme complète de services et d'assurer ainsi le suivi global des personnes inscrites, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille.

Au 31 mars 2011, on comptait 223 GMF au Québec. Ces GMF étaient répartis sur plus de 520 lieux cliniques et impliquaient 3 239 médecins, soit environ 51 % des omnipraticiens qui travaillent dans un cabinet ou un CLSC. De plus, 405 infirmières y travaillent et 83 CSSS sont partenaires de GMF par des ententes.

En 2010-2011, 14 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec, comparativement à 16 l'année précédente. La promotion des GMF se poursuit et près d'une trentaine de projets étaient en préparation dans les régions au 31 mars 2011. L'objectif inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 a été fixé sur une base populationnelle à 300 GMF. Cela dit, le GMF reste d'abord et avant tout une initiative d'organisation des services issue des médecins de famille qui pratiquent dans les différents milieux locaux. Ainsi, l'émergence des GMF et le rythme de leur implantation dépendent, entre autres facteurs, de la volonté des intervenants cliniques de s'organiser selon les modalités du GMF. En ce sens, le succès de cette organisation des services repose en bonne partie sur l'appropriation du modèle par les intervenants cliniques. L'objectif de 300 GMF demeure et c'est notamment dans cette perspective que le modèle des GMF évolue d'année en année.

Le Ministère a élaboré en 2007, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, une approche progressive pour des groupes qui s'engagent à assurer l'offre de service attendue d'un GMF à terme alors qu'ils ne peuvent l'offrir intégralement à la date de leur accréditation. Au 31 mars 2011, 10 GMF étaient accrédités selon ce mode progressif.

Par ailleurs, depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier pour la création de cliniques-réseau. Axé sur l'accessibilité aux services sept jours sur sept, et particulièrement aux heures défavorables, chacun des modèles régionaux de cliniques-réseau offre un pourcentage de prise en charge de la clientèle en maintenant un rapport entre les périodes où ces derniers doivent prendre un rendez-vous et celles où ils n'ont pas besoin de le faire. Au 31 mars 2011, 46 cliniques-réseau étaient implantées et une dizaine de projets étaient en préparation dans les différentes régions.

Objectif 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	250 IPS d'ici 2015	46 IPS

Le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne est l'une des mesures prises par le Ministère pour améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne. L'infirmière praticienne spécialisée donne, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux. Cette infirmière peut prescrire des examens diagnostiques, des médicaments ou d'autres substances et des traitements médicaux, utiliser des techniques diagnostiques invasives et appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

En 2010, 60 infirmières cliniciennes se sont inscrites au programme de formation d'IPS en soins de première ligne, soit le double par rapport à 2007, année du début de l'offre du programme par les universités.

Le réseau peut actuellement compter sur 46 IPS en soins de première ligne, soit 28 de plus que l'an dernier. Seize candidates IPS travaillent également dans le réseau, sous la supervision de leurs médecins partenaires, et offrent des services aux usagers en attendant de passer l'examen de certification prévu en novembre 2011.

Par ailleurs, 30 étudiantes terminent leur programme de formation et effectuent actuellement leur stage clinique.

AXE : **SERVICES PSYCHOSOCIAUX**

Objectif 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	100 % des régions sociosanitaires d'ici 2015	56 %
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	90 % des appels d'ici 2015	88 %[1]

1. L'outil permettant la collecte des informations était accessible à partir du 25 avril 2010 (début de la période 2 de l'année financière 2010-2011).

Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 existe dans neuf régions du Québec. Un service est offert conjointement au Saguenay–Lac-Saint-Jean et dans le Nord-du-Québec ; les autres régions desservies sont les suivantes : Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides et Montérégie.

En ce qui concerne la réponse dans un délai de quatre minutes ou moins, la cible fixée à 90 % des appels est atteinte dans quatre régions sur neuf et on s'en approche dans les autres régions.

La consolidation ou le développement du service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 s'est poursuivie, et ce, en tenant compte des particularités régionales, notamment de l'arrimage avec les organismes communautaires et de l'organisation des services psychosociaux généraux.

Orientation 2.2
Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

AXE : **JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE**

Objectif 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté[1]

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur[2]	100 % des territoires locaux d'ici 2015	21,1 %
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou jugé prometteur[2]	100 % des territoires locaux d'ici 2015	54,7 %

1. Voir les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012.
2. L'indicateur a été précisé depuis la parution du Plan stratégique 2010-2015. Les programmes jugés prometteurs ont été inclus à l'indicateur.

PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE

La négligence est la forme de maltraitance envers les enfants la plus répandue au Québec. Depuis plusieurs années, la négligence est la problématique principale pour laquelle les signalements sont retenus par les services de protection de la jeunesse. Ainsi, il est nécessaire d'implanter des programmes d'intervention spécifiques afin de prévenir ou de contrer la négligence, à laquelle les enfants sont particulièrement vulnérables.

Ces programmes doivent s'adresser aux parents ayant des comportements négligents ou à risque et à leurs enfants âgés de 0 à 12 ans. La responsabilité de ces programmes relève des CSSS, en collaboration avec les centres jeunesse. La négligence est un problème multidimensionnel mettant en présence plusieurs facteurs de risque individuels, familiaux, sociaux et environnementaux. Par conséquent, elle commande des interventions sur plus d'un plan et nécessite l'engagement de nombreux partenaires. La mise en place d'un programme d'intervention en négligence pose des défis liés à la continuité des services et à la collaboration ; elle requiert donc du temps.

Un programme est reconnu efficace si son évaluation, effectuée au Québec, a démontré qu'il a contribué à ce qu'une réponse plus adéquate soit apportée aux besoins de l'enfant, favorisant ainsi son développement. Les programmes sont jugés prometteurs lorsqu'ils sont basés sur des approches et des composantes tirées d'un programme reconnu efficace mais implanté en partie ou tirées d'un programme reconnu efficace à l'extérieur du Québec.

Au 31 mars 2011, 12,6 % des territoires locaux du Québec sont couverts par un programme d'intervention au regard de la négligence reconnu efficace. Huit territoires locaux sont quant à eux couverts par un programme jugé prometteur. Ainsi, au total, dans 20 territoires locaux sur 95, soit 21,1 %, il existe un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur.

Des portraits très différents s'observent d'une région à l'autre. Ainsi, on trouve l'un des deux types de programmes dans cinq régions, certaines d'entre elles étant couvertes en totalité, alors qu'il n'y en a aucun dans d'autres. Toutefois, des activités cliniques visant à contrer la négligence sont offertes dans toutes les régions du Québec. Afin de soutenir le déploiement de programmes au regard de la négligence, le gouvernement du Québec, dans le cadre de sa Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, a alloué un budget de 4,1 millions de dollars sur cinq ans. En 2010-2011, quatre régions ont reçu un financement à cette fin.

Au terme de la première année d'implantation, les résultats obtenus apparaissent encourageants. Les régions sont mobilisées autour de la problématique de la négligence et la très grande majorité d'entre elles ont mis en place des comités régionaux ou locaux afin de planifier et de concrétiser le déploiement d'un programme d'intervention en négligence en vue de l'atteinte de la cible pour 2015.

PROGRAMME D'INTERVENTION DE CRISE ET DE SUIVI INTENSIF

Le programme d'intervention de crise et de suivi intensif vise les jeunes dont le retrait de leur milieu familial semble imminent. Il tend à maintenir le jeune dans son milieu familial grâce à une intervention rapide et intensive, à éviter des signalements au directeur de la protection de la jeunesse et à diminuer le placement dans une ressource d'hébergement. La crise vécue par le jeune est liée particulièrement à des comportements inappropriés et à des conflits dans les relations parents-adolescents.

Le déploiement du programme d'intervention de crise et de suivi intensif se fait à un rythme assidu. Au 31 mars 2011, il existe un programme reconnu efficace dans 37 territoires locaux (38,9 %). On dénombre cinq régions où des programmes reconnus efficaces ont été implantés dans tous les territoires locaux.

Par ailleurs, on trouve des programmes d'intervention de crise et de suivi intensif jugés prometteurs dans quinze territoires locaux (15,8 %). Les caractéristiques du territoire ainsi que les services déjà en place sont des éléments qui expliquent le choix de recourir à de tels programmes.

Ainsi, en combinant les programmes reconnus efficaces et les programmes jugés prometteurs, on constate que 54,7 % des territoires locaux, soit 52 sur 95, sont couverts par un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Le déploiement continu de ces programmes permettra de progresser en vue de l'atteinte de la cible d'ici 2015.

L'analyse des territoires couverts permet de constater que la majorité des CSSS des régions urbaines ont implanté des programmes de crise. Il semble toutefois que les régions éloignées éprouvent davantage de difficultés à mettre en place certains services ou programmes s'adressant aux jeunes en difficulté. Afin de pallier la situation, le Ministère créera un comité de travail qui aura pour mandat de soutenir de façon particulière les régions éloignées dans la recherche de solutions originales ou de remplacement. De fait, les grandes distances à parcourir ou les petits bassins de population représentent des contraintes majeures à l'implantation de certains programmes, notamment le programme de crise et de suivi intensif.

Objectif 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015	Près de 1 % de la population du Québec, soit 75 848 personnes

Objectif 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :		
▪ un suivi intensif dans le milieu (SIM)	100 places par 100 000 personnes d'ici 2015	2 098 places, soit 26 places par 100 000 personnes
▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV)	250 places par 100 000 personnes d'ici 2015	4 184 places, soit 52 places par 100 000 personnes

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE OFFERTS PAR LES CSSS

Pour assurer à la population le meilleur accès aux services de santé mentale, il faut prioriser la consolidation des services de première ligne, lesquels doivent être accessibles tant aux personnes ayant des troubles modérés – comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux – qu'à celles qui sont aux prises avec des troubles graves.

En 2010-2011, 75 848 personnes ont eu accès aux services de première ligne en santé mentale offerts dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ce nombre représente près de 1 % de la population, soit 50 % de la cible prévue en 2015. Il s'agit d'une hausse de 3 481 personnes par rapport à l'année précédente (72 367).

LES SERVICES D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ POUR LES ADULTES AYANT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES

Les services offerts dans le cadre d'un suivi intensif ou d'un soutien d'intensité variable favorisent le maintien dans la communauté des adultes atteints d'un trouble mental grave. Ces services spécifiques, qui s'inscrivent dans une perspective de réadaptation et de rétablissement, constituent des éléments structurants de la gamme de services en santé mentale.

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment*, où l'intervention est soutenue par une équipe interdisciplinaire qui comprend un médecin.

Le soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, s'adresse également aux personnes qui ont un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. C'est un intervenant pivot qui offre à une même personne le soutien et tous les services cliniques dont elle a besoin pendant plusieurs mois, voire quelques années. Il va sans dire que les besoins peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre.

L'accroissement du nombre de places observé au cours des dernières années s'est maintenu en 2010-2011. En effet, en 2009-2010, on comptait 2 004 places permettant d'assurer le suivi intensif dans le milieu et 3 998 places pour les personnes ayant besoin d'un soutien d'intensité variable. Il faut cependant préciser que ce dernier nombre ne tient pas compte des places offertes par les organismes communautaires.

Orientation 2.3
Répondre aux besoins d'une population vieillissante

AXE : **RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS**

Objectif 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	55 % d'implantation à l'échelle du Québec d'ici 2015	56 %

Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est le mode d'organisation des services préconisé par le Ministère afin d'adapter tout le continuum de services de santé et de services sociaux au vieillissement de la population. Il se compose de processus et de pratiques cliniques qui, ensemble, forment un système cohérent permettant d'assurer davantage de continuité dans les services aux personnes âgées.

À l'heure actuelle, le degré d'implantation de ce modèle est de 56 % pour l'ensemble du Québec. Ce résultat se situe déjà au-delà de la cible de 55 % qui était fixée pour 2015. Il faut toutefois mentionner que si, dans l'ensemble, les résultats s'avèrent positifs, le degré d'implantation est très variable d'une région à l'autre, de sorte que des défis importants subsistent quant à la mise en place de ce modèle d'organisation au Québec. De plus, le maintien de ce résultat constitue en soi un défi pour les établissements, puisque l'actualisation des processus et des pratiques cliniques associés au réseau de services intégrés pour les personnes âgées demande une attention continue.

Orientation 2.4
Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

AXE : **SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE**

Objectif 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	Augmentation de 10 % d'ici 2015	Diminution de 2,8 % par rapport à 2009-2010, ce qui correspond à 9 194 878 heures[1]

1. La collecte des informations a été suspendue à certains moments au cours de l'année 2010-2011 en raison de moyens de pression, ce qui a certaines répercussions sur la validité du résultat observé.

Le soutien à domicile de longue durée cible les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes ayant soit une déficience physique ou intellectuelle, soit un trouble envahissant du développement. L'indicateur servant à mesurer l'atteinte de l'objectif est le nombre d'heures de services rendues, ce qui comprend les heures assurées par le personnel des CSSS, par des achats de services et par des travailleurs de gré à gré grâce au programme Allocation directe/Chèque emploi-service. Les services de soutien à domicile permettent à ces personnes de rester chez elles et d'éviter ainsi de recourir prématurément au milieu hospitalier ou à l'hébergement institutionnel.

En 2010-2011, les données colligées montrent que le nombre d'heures de services rendues s'est élevé à 9,2 millions ; ce nombre correspond à une diminution de 2,8 % par rapport à 2009-2010, alors que 9,4 millions d'heures de services avaient été rendues. De manière plus précise, ces données révèlent que le nombre d'interventions a diminué de 0,3 %, mais que le nombre d'usagers recevant des services a augmenté de 1,6 % en ce qui concerne la perte d'autonomie liée au vieillissement, de 1,6 % pour ce qui est de la déficience physique et de 7,4 % pour la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Toutefois, des résultats pourraient être sous-estimées compte tenu des difficultés rencontrées à certains moments lors de la collecte des données.

AXE : **DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE**

Objectif 2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	Augmentation	41 291[1]

1. Cet indicateur étant utilisé pour la première fois en 2010-2011, il s'avère impossible d'apprécier l'évolution du résultat en fonction des années antérieures

Le Ministère vise à augmenter le nombre de ressources non institutionnelles au cours du cycle de planification stratégique 2010-2015. Ces ressources, qui sont de type résidentiel, permettent de diversifier l'offre de service aux personnes présentant des incapacités significatives et persistantes. Elles favorisent le maintien de ces dernières dans leur communauté malgré des besoins souvent importants, notamment en ce qui a trait aux services de soins et d'assistance ainsi qu'aux services de présence-surveillance.

Selon l'indicateur actuellement en expérimentation pour le cycle 2010-2015, on dénombre 41 291 places dans les milieux de vie non institutionnels que sont les ressources résidentielles de proximité au 31 mars 2011. Les données des régions du Bas-Saint-Laurent et de l'Estrie demeuraient partielles au moment de la compilation du résultat ; cela n'influence toutefois pas le résultat de façon significative pour l'ensemble du Québec.

ENJEU 3
UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Orientation 3.1
Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

AXE : **SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION**

Objectif 3.1.1 Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais établis :		
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours[1]	90 % des personnes d'ici 2015	50 %
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR[1]	90 % des personnes d'ici 2015	76 %
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 360 jours[1]	90 % des personnes d'ici 2015	Non déterminé[2]

1. Incluant le délai maximal fixé pour l'analyse de la demande suivant la réception de celle-ci, soit trois jours pour un CSSS et sept jours pour un CR.
2. Le résultat sera connu en 2011-2012.

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a été diffusé en juin 2008. Il constitue l'avenue privilégiée par le Ministère pour soutenir l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services offerts aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le plan d'accès prend en compte l'évaluation globale des besoins de la personne et inclut autant l'accès aux services spécialisés des centres de réadaptation que l'accès aux services des CSSS destinés aux personnes ayant une déficience. Les trois niveaux de priorité des demandes de services ont été établis à partir de critères uniformes et objectifs, ce qui permet une compréhension commune de ces demandes. Les objectifs spécifiques visés par le Ministère sont d'assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables ainsi que d'optimiser les processus, la gestion de l'accès et l'organisation des services.

La cible fixée pour la période 2010-2015 vise à ce que 90 % des personnes ayant une déficience obtiennent un premier service selon les délais établis. Les résultats obtenus en 2010-2011 doivent être appréciés dans le contexte de l'implantation progressive des indicateurs permettant le suivi et d'un ensemble d'autres mesures prévues dans le plan d'accès. Par exemple, en ce qui a trait aux listes d'attente antérieures au plan d'accès, on constate qu'au cours des deux premières années d'implantation (du 8 novembre 2008 au 8 novembre 2010), les CSSS et les centres de réadaptation ont résorbé 97 % des listes d'attente, ce qui représente 13 676 personnes qui ont reçu un premier service au cours de cette période.

En 2010-2011, seize plans régionaux d'amélioration de l'accès et de la continuité ont été définis et mis en œuvre par les agences de la santé et des services sociaux, en collaboration avec les établissements concernés. Les gestionnaires d'accès ont été désignés dans les agences et les établissements. Un mécanisme d'envoi d'une lettre personnalisée aux personnes ayant une déficience ou à leur famille leur indiquant le moment probable où débuteront les services et les coordonnées des gestionnaires d'accès en est à la dernière étape d'implantation.

L'évaluation continue des processus d'accès à des fins d'amélioration suit son cours dans toutes les régions du Québec. Enfin, le Ministère assure un soutien et un suivi continus auprès des agences pour soutenir l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.

Objectif 3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 % des personnes d'ici 2015	62 %

Tel que l'Offre de service 2007-2012 en dépendance du Ministère l'indique, l'évaluation spécialisée en centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes s'adresse aux personnes susceptibles de présenter des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent.

L'évaluation spécialisée permet de déterminer la gravité du problème de consommation ou des comportements d'une personne toxicomane ou d'une personne qui s'adonne aux jeux de hasard et d'argent ; elle permet également d'orienter au mieux ces personnes vers les services dont elles ont besoin. Elle s'effectue aux moyens d'outils validés et standardisés. Les résultats de l'évaluation deviennent la matrice servant à établir le plan d'intervention individuel.

La littérature scientifique rapporte que le temps d'attente avant d'obtenir un premier service est crucial pour l'usager quant à sa décision de poursuivre ses démarches avec le centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes qu'il a choisi. En 2010-2011, 62 % des usagers de tels centres ont été évalués à l'intérieur d'un délai de quinze jours ouvrables ou moins. Ce résultat constitue le point de départ à partir duquel il sera possible de mesurer l'évolution du temps d'attente au cours des prochaines années.

Selon l'Offre de service 2007-2012 en dépendance du Ministère, les régions ont jusqu'en 2012 pour mettre en place un programme régional d'évaluation spécialisée. De plus, le Ministère collabore étroitement avec les centres de réadaptation afin d'harmoniser les processus de travail liés à la compilation des données relatives à l'accès aux services, de façon à améliorer la qualité et la comparabilité de ces données.

AXE : **MÉDECINE ET CHIRURGIE**

Objectif 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :		
▪ une chirurgie d'un jour	90 %	91,7 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	90 %	94,8 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	90 %	83,8 %
▪ une arthroplastie totale du genou	90 %	80,6 %
▪ une chirurgie de la cataracte	90 %	95,6 %

Objectif 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis en :		
▪ hémodynamie[1]	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 91,2 % Catégorie B : 85,2 %
▪ chirurgie cardiaque[2]	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 88,9 % Catégorie B : 72,6 %
▪ électrophysiologie[3]	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 75 %	Catégorie A : 76,2 % Catégorie B : 37,6 %

1. Hémodynamie : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à deux mois.
2. Chirurgie cardiaque : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à trois mois.
3. Électrophysiologie : catégorie A : moins de 72 heures ; catégorie B : de 72 heures à trois mois (excluant les cardiostimulateurs).

LES CHIRURGIES

Depuis l'exercice financier précédent, le nombre de chirurgies effectuées au Québec a augmenté de 6,7 %, passant de 414 256 à 442 009. Plus de 90 % des personnes inscrites au mécanisme central ont été traitées à l'intérieur de six mois pour les chirurgies d'un jour, les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies de la cataracte. Un effort particulier a été fourni afin d'opérer en priorité les patients les plus anciennement inscrits sur la liste d'attente pour l'une ou l'autre des chirurgies, ce qui explique pourquoi les cibles n'ont pas été atteintes pour les arthroplasties de la hanche et du genou.

LA CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Au Québec, les maladies cardiovasculaires sont l'une des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité. Par ailleurs, l'évolution technologique entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes et d'arythmie cardiaque.

Entre 2009-2010 et 2010-2011, la proportion des patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie est restée stable pour la catégorie A mais a diminué pour la catégorie B, passant de 90,9 % à 85,2 %. Le nombre de demandes traitées dans le secteur de l'hémodynamie a augmenté de 1 477, passant de 36 284 à 37 761 procédures.

Pour l'année 2010-2011, on observe une augmentation de la proportion des patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque pour la catégorie A (88,9 %) ; la proportion était de 82,1 % en 2009-2010. Le pourcentage des patients de la catégorie B traités à l'intérieur des délais établis s'est maintenu. Durant la dernière année, 6 374 demandes pour une chirurgie cardiaque ont été enregistrées, par rapport à 6 285 en 2009-2010.

De 2009-2010 à 2010-2011, les proportions des patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie pour les catégories A et B sont demeurées stables. Les demandes pour le service d'électrophysiologie connaissent une croissance constante depuis plusieurs années en raison de nouvelles indications pour certains traitements de l'arythmie cardiaque. Pour l'année 2010-2011, 8 449 procédures en électrophysiologie (incluant les cardiostimulateurs) ont été effectuées, ce qui représente une augmentation de 387 procédures par rapport à l'année 2009-2010. Trois nouvelles salles d'électrophysiologie seront bientôt fonctionnelles, ce qui permettra d'améliorer encore l'accès à ces services.

Objectif 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 % des personnes d'ici 2015	97,7 %

En 2010-2011, la proportion des patients ayant besoin d'un traitement de radio-oncologie qui ont été traités à l'intérieur du délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est située au-delà de la cible de 90 %. Le pourcentage a été supérieur ou égal à 97 % pour 49 des 52 semaines de cette année financière.

AXE : **URGENCES**

Objectif 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	Au plus 15 % des séjours d'ici 2015	24,5 %
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	Moins de 1 % des séjours d'ici 2015	7,0 %
Séjour moyen sur civière à l'urgence	12 heures ou moins	17,6 heures

Le Ministère, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, a assuré un suivi intensif auprès des urgences en difficulté afin de les aider à se fixer des objectifs de redressement. De plus, le Comité de coordination intraministérielle, créé en février 2010, a poursuivi ses travaux. Son mandat consiste à identifier des solutions en amont et en aval des urgences pour améliorer l'accès aux lits de courte durée.

Le déploiement des systèmes d'information dans les urgences se poursuit. Il permet d'obtenir quotidiennement des données concernant la situation dans 122 urgences. Le nombre de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civière) se chiffre à 3 271 810 pour l'année 2010-2011, soit une augmentation de 111 802 visites (3,4 %) par rapport à 2009-2010.

En 2010-2011, on observe les résultats suivants par rapport à l'exercice précédent : le séjour moyen sur civière à l'urgence est demeuré stable (17,6 heures), le pourcentage des séjours de 24 heures et plus a augmenté, passant de 24,1 % à 24,5 %, alors que le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a diminué, passant de 7,2 % à 7,0 %.

Parmi les facteurs qui expliquent cette situation, il faut citer des augmentations de 6,0 % du nombre d'usagers sur civière de 75 ans et plus, de 4,6 % du nombre d'usagers arrivés en ambulance et de 3,0 % du nombre d'usagers sur civière, comme l'indique le tableau qui suit. Près de la moitié des usagers installés sur civière (44,5 %) arrivent en ambulance et les personnes de 75 ans et plus représentent plus de 25 % des patients sur civière. On estime que les personnes âgées et celles qui arrivent à l'urgence en ambulance ont davantage besoin de soins et de services que les autres.

Achalandage des unités d'urgence

	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
2009-2010	1 010 058	442 681	250 587
2010-2011	1 040 935	463 079	265 709
Écart en nombre	30 877	20 398	15 122
Taux de variation	3,0 %	4,6 %	6,0 %

AXE : **SANTÉ MENTALE**

Objectif 3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours[1]	Diminution	5 572 usagers, soit une augmentation de 177 par rapport à 2009-2010

1 L'indicateur inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 est le suivant : « Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis pour les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours ». La production du résultat relatif à cet indicateur nécessite l'exploitation d'une nouvelle source de données. L'indicateur présenté fait partie des indicateurs de gestion suivis par le Ministère en 2010-2011 dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité qu'il a signées avec les agences.

Le nombre de personnes, jeunes et adultes, qui attendent pour recevoir des services de santé mentale spécialisés se révèle préoccupant, d'autant plus qu'il s'est accru au cours des derniers exercices. En effet, au 31 mars 2011, 5 572 personnes attendaient depuis plus de 60 jours des services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale alors qu'au 31 mars 2010, ce nombre était de 5 395 personnes.

Le Ministère poursuit intensivement la mise en œuvre des mesures prévues dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 pour assurer l'accès aux services dans les délais fixés.

ENJEU 4
LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

Orientation 4.1
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

AXE : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectif 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis :		
▪ Diarrhées associées à *Clostridium difficile*	90 % des CHSGS d'ici 2015	75 %
▪ Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	90 % des CHSGS d'ici 2015	91 %
▪ Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	90 % des CHSGS d'ici 2015	91 %

Les résultats relatifs au contrôle des infections nosocomiales qui sont présentés concernent les installations répondant aux critères des programmes provinciaux obligatoires de surveillance.

Pour les diarrhées associées à *Clostridium difficile*, les installations ciblées sont celles qui comptabilisent 1 000 admissions ou plus par année en soins de courte durée, excluant la psychiatrie, la pouponnière et la néonatologie ; 89 installations répondaient à ce critère en 2010-2011.

En ce qui a trait aux bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, il s'agit des installations qui enregistrent 1 000 admissions et plus par année en soins de courte durée, excluant les unités de soins de longue durée, la psychiatrie et la pouponnière mais incluant les soins intensifs néonataux ; 87 installations répondaient à ce critère en 2010-2011.

L'indicateur relatif aux bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs prend en compte les résultats de 43 unités de soins intensifs de dix lits et plus, excluant les unités de soins intensifs coronariens.

Les résultats présentés ici sont des résultats globaux pour l'ensemble des installations, sans tenir compte des différences au regard des soins et des clientèles desservies. Toutefois, les agences et les établissements peuvent suivre les résultats selon des regroupements basés sur des caractéristiques reconnues

pour influencer l'incidence de ces infections comme par exemple la taille des installations (nombre de lits), la mission universitaire, la proportion de personnes âgées, etc. Ils peuvent donc établir des comparaisons entre les installations ayant les mêmes caractéristiques.

Bien que l'exercice 2010-2011 permette d'observer des résultats fort encourageants en ce qui a trait aux bactériémies, il s'avère essentiel de suivre la situation de près dans le cas du *Clostridium difficile*.

Orientation 4.3
Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

AXE : **DOSSIERS CLINIQUES INFORMATISÉS**

Objectif 4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI	50 % des établissements visés d'ici 2015[1]	11 %

1. La cible a été précisée depuis la parution du Plan stratégique 2010-2015; initialement, le libellé était le suivant : « 50 % des établissements d'ici 2015 »

Un dossier clinique informatisé est un dossier du patient qui est tenu par un établissement hospitalier et qui contient tous les renseignements consignés par les cliniciens de cet établissement au moment de la consultation, de la période de traitement ou de l'hospitalisation. Le partage des renseignements inscrits est limité à ces seuls cliniciens, à moins que le patient n'ait donné son consentement à ce que d'autres personnes y aient accès.

Les 123 établissements ciblés pour l'utilisation d'une solution pour le DCI sont les 95 centres de santé et de services sociaux ainsi que 28 centres hospitaliers hors CSSS, répartis dans toutes les régions du Québec. Au 31 mars 2011, 14 des 123 établissements visés (11 %) utilisaient un tel dossier, et ce, dans quatre régions du Québec. De plus, des analyses portant sur l'acquisition et l'implantation de solutions pour le DCI étaient en cours dans certains établissements ainsi que dans certaines agences de la santé et des services sociaux.

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

Orientation 5.1
Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

AXE : **DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE**

Objectif 5.1.1 Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre l'omnipratique et la médecine spécialisée

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale	50 % des postes d'ici 2015	42 %

Objectif 5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010[1]	
Degré d'atteinte des cibles de recrutement autorisé de médecins en début de pratique au Québec (nouveaux facturants) dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions[2]	80 %	Régions éloignées : Régions intermédiaires : Régions périphériques : Régions universitaires :	100 % 100 % 101 % 101 %
Degré d'atteinte des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions[2]	80 %	Régions éloignées : Régions intermédiaires : Régions périphériques : Régions universitaires :	80 % 86 % 93 % 96 %

1. Le PREM 2010 en omnipratique était en vigueur du 1er décembre 2009 au 30 novembre 2010, tandis que le PREM 2010 en médecine spécialisée était en vigueur du 1er décembre 2009 au 17 février 2011.
2. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.
   Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais.
   Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
   Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

LE POURCENTAGE DES POSTES DE RÉSIDENCE COMBLÉS PAR DES ÉTUDIANTS INSCRITS DANS UN PROGRAMME DE MÉDECINE DE FAMILLE

En 2010-2011, 799 nouveaux résidents ont commencé leur formation postdoctorale dans le contingent régulier ; 336 d'entre eux étaient inscrits dans un programme de médecine familiale. Ainsi, 42 % des postes de résidence étaient comblés dans cette spécialité, comparativement à 41 % en 2009-2010.

Les mesures de valorisation de la médecine familiale devront se poursuivre afin d'atteindre la cible en 2015. L'exposition des étudiants à des médecins de famille pendant le pré-externat et l'externat devra quant à elle être augmentée, de manière à favoriser le choix de cette profession (*role model*). Par ailleurs, des politiques pour accroître l'attrait pour la médecine de famille ont été mises en place récemment dans les facultés de médecine.

LES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accès aux services médicaux ; le plan régional d'effectifs médicaux vise à assurer une plus grande équité sur ce point. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Les médecins omnipraticiens

Le plan régional des effectifs médicaux 2010 en médecine générale était en vigueur du 1er décembre 2009 au 30 novembre 2010. Les niveaux d'atteinte des effectifs autorisés sont de 100 % ou plus dans toutes les régions du Québec. Ces pourcentages s'expliquent par les modalités de gestion des plans. En effet, pour les régions intermédiaires et éloignées, les cibles relatives au recrutement selon la catégorie de médecins (nouveaux facturants ou médecins déjà en pratique venant d'une autre région) sont données à titre indicatif. En fonction des opportunités de recrutement qui s'offrent à elles, les autorités d'une région intermédiaire ou éloignée peuvent modifier ces cibles, sans toutefois dépasser le recrutement total autorisé.

Le Ministère ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, devront continuer à offrir des mesures incitatives non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

Les médecins spécialistes

Le plan régional des effectifs médicaux en médecine spécialisée était en vigueur du 1er décembre 2009 au 17 février 2011 pour permettre la planification quinquennale des effectifs médicaux. La cible de 80 % des effectifs autorisés en médecine spécialisée a été atteinte dans toutes les régions du Québec. Ces résultats sont la conséquence d'une gestion rigoureuse des plans, particulièrement dans les régions universitaires. En outre, la mise en place des RUIS favorise une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

AXE : **DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU**

Objectif 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

INDICATEUR	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des heures supplémentaires	Diminution de 10 % d'ici 2015	Infirmières : augmentation de 0,7 % par rapport à 2009-2010 Ensemble du réseau : diminution de 3,18 % par rapport à 2009-2010
	Pourcentage des heures supplémentaires en 2015 : ▪ 5,12 % pour les infirmières ▪ 3,11 % pour l'ensemble du réseau	Pourcentage des heures supplémentaires en 2010-2011 : ▪ 5,73 % pour les infirmières ▪ 3,35 % pour l'ensemble du réseau

Objectif 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

INDICATEUR	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires)	Diminution de 25 % en soins infirmiers d'ici 2015	Infirmières : diminution de 8,24 % par rapport à 2009-2010 Infirmières auxiliaires : diminution de 20,93 % par rapport à 2009-2010 Préposés aux bénéficiaires : diminution de 15,76 % par rapport à 2009-2010
	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en 2015 : ▪ 3,45 % pour les infirmières ▪ 2,26 % pour les infirmières auxiliaires ▪ 1,38 % pour les préposés aux bénéficiaires	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en 2010-2011 : ▪ 4,23 % pour les infirmières ▪ 2,38 % pour les infirmières auxiliaires ▪ 1,55 % pour les préposés aux bénéficiaires

Le Ministère a intégré dans sa planification stratégique 2010-2015, ainsi que dans les ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec les agences, la réduction de 10 % du temps supplémentaire[4] et la réduction de 25 % du recours à la main-d'œuvre indépendante[5] d'ici 2015.

4. Pour les infirmières et l'ensemble du personnel du réseau.
5. Pour les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

Par rapport à 2009-2010, les résultats obtenus en 2010-2011 montrent une diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante de 8,24 % pour les infirmières, de 20,93 % pour les infirmières auxiliaires et de 15,7 % pour les préposés aux bénéficiaires[6]. En ce qui concerne le temps supplémentaire, les résultats correspondent à une diminution de 3,18 % pour l'ensemble du réseau, mais à une augmentation de 0,7 % pour les infirmières[7].

Une récente tournée des régions du Québec a permis de constater que plusieurs établissements et agences mènent des actions en vue de réduire la main-d'œuvre indépendante et le temps supplémentaire, tout en visant l'attraction et la rétention du personnel. Parmi ces actions, il y a notamment la production d'un plan concernant la main-d'œuvre locale et régionale ainsi que le recours aux différents leviers d'action découlant de la stratégie relative aux soins infirmiers du Ministère tels que :

- les projets d'organisation du travail (titularisation, révision des structures d'effectifs, stabilisation des équipes de travail, formation continue, etc.) ;
- le programme de soutien clinique (préceptorat) ;
- les mesures intégrées pour améliorer le climat de travail.

Différentes mesures s'ajoutent aux leviers précités :

- la promotion des métiers de la santé auprès des jeunes ;
- l'offre d'emplois d'été ou de stages aux étudiants ;
- la collaboration avec les maisons d'enseignement afin de rehausser la diplomation, d'augmenter les cohortes d'étudiants et de maximiser la gestion des stages dans les programmes d'enseignement ;
- le recrutement hors Québec, facilité par les accords canadiens ou avec la France, pour certains titres d'emploi.

La réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire s'inscrit dans les projets d'optimisation du réseau et un état de situation à ce sujet sera produit périodiquement à compter de l'automne 2011. Le Ministère compte également sur la mise en application, au niveau local, des moyens négociés nationalement pour augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre et ainsi réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire.

De plus, dans le cadre des travaux qui seront entrepris au cours de la prochaine année, le Ministère verra à mettre en œuvre des mesures administratives pour régir le recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire ainsi que des mesures de soutien à l'intention des établissements.

6. En 2009-2010, les pourcentages de recours à la main-d'œuvre indépendante étaient de 4,61 % pour les infirmières, de 3,01 % pour les infirmières auxiliaires et de 1,84 % pour les préposés aux bénéficiaires.
7. En 2009-2010, les pourcentages d'heures supplémentaires étaient de 5,69 % pour les infirmières et de 3,46 % pour l'ensemble du réseau.

AXE : **DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL D'ENCADREMENT ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE MANAGEMENT**

Objectif 5.1.7 Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	100 % des projets	Appel et sélection des projets Démarrage le 1er mars 2011 des 9 projets retenus

Objectif 5.1.8 Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (direction générale et direction générale adjointe)

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des places prévues dans le programme de relève des hors cadres comblées par des cadres supérieurs chaque année	100 % de la cible nationale fixée annuellement	100 % des 32 places disponibles en 2010-2011

À la suite de l'analyse des dossiers concernant l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres soumis par les établissements, neuf projets ont été retenus. Ces derniers sont démarrés depuis le 1er mars 2011. Les premiers rapports semestriels relatifs à ces projets seront déposés au Ministère en septembre 2011.

En 2010-2011, toutes les places disponibles dans le programme de relève des hors cadres (direction générale et direction générale adjointe) ont été comblées. Ce programme de relève est en place depuis septembre 2009. Parmi les 81 personnes admises dans les trois premières cohortes du programme, 4 ont obtenu un poste de directeur général et 12 ont obtenu un poste de directeur général adjoint. Les personnes issues du programme ont ainsi comblé 60 % des postes admissibles (classe 23 et moins) et disponibles dans le réseau depuis la mise en place du programme. En 2011-2012, 20 places seront disponibles dans le programme.

Orientation 5.2
Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

AXE : **RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL**

Objectif 5.2.1
Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 % des établissements d'ici 2015	29,4 %
Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	50 % des établissements d'ici 2015	12,8 %
Obtention et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé	Obtention de la certification en 2010	Certification obtenue
Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	Diminution de 7,1 % d'ici 2015 Ratio de 5,15 %	Augmentation de 3,79 % par rapport à 2009-2010 Ratio de 5,75 %[1]

1. Résultat établi pour la période allant du 1er avril 2010 au 26 février 2011 (soit du début de l'année financière à la fin de la période 12 de l'année financière 2010-2011).

Objectif 5.2.2
Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

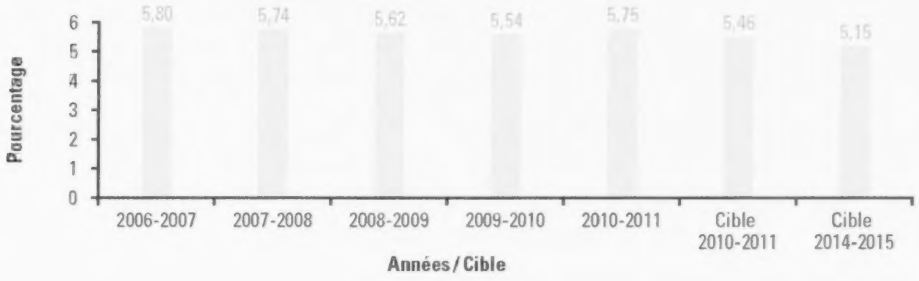
INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 % des établissements d'ici 2015	79 %

AMÉLIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL ET PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

Au 31 mars 2011, 29,4 % des établissements du réseau avaient obtenu un agrément incluant une cote jugée satisfaisante (égale ou supérieure à 2 sur 3) pour le volet de mobilisation des ressources humaines. Parmi les 58 établissements qui ont été soumis au processus d'agrément en 2010-2011, 55 établissements, soit 94,8 %, ont obtenu un tel agrément. Ces résultats se cumuleront au cours des trois prochaines années tandis que l'ensemble des établissements seront soumis au processus d'agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.

L'indicateur le plus approprié pour suivre l'évolution de la présence au travail dans le réseau demeure le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées, puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. Pour l'exercice financier 2010-2011, le ratio s'est établi à 5,75 %, comparativement à 5,54 % en 2009-2010, ce qui représente une augmentation de 3,79 % du ratio entre les deux exercices financiers.

Ratio national de l'assurance salaire (%)



Bien que l'augmentation constatée ne correspond pas à la cible fixée, il demeure que le dossier de la présence au travail représente une vive préoccupation des organisations du réseau. Plusieurs plans d'action émaneront des résultats de cette année en vue de l'atteinte de la cible fixée pour 2014-2015. D'ailleurs, ce dossier est devenu un chantier national dans le cadre du dossier d'optimisation du Ministère.

Parallèlement, les organisations du réseau s'investissent dans diverses démarches telles que des diagnostics organisationnels, des processus d'agrément, les approches comme « Entreprise en santé » ou *Planetree*. Ces actions orientées vers la mobilisation du personnel témoignent que la présence au travail reste une priorité organisationnelle, tant au palier local qu'au palier régional. Ainsi, en 2010-2011, 24 établissements (12,8 %) sont accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail et 36 établissements (19,3 %) sont engagés dans un processus d'accréditation.

La mise en œuvre de diverses activités en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail se poursuit dans une étroite collaboration entre le Ministère, les agences de la santé et des services sociaux ainsi que les établissements.

SOUTIEN À LA RELÈVE PROFESSIONNELLE

Le programme de soutien à la relève professionnelle, ou préceptorat, est un programme de soutien clinique mis en place pour accompagner les jeunes infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience pendant les quarts de travail de soir et de nuit. Cet accompagnement professionnel est assuré par une infirmière d'expérience (préceptrice) afin d'aider les jeunes à acquérir les compétences nécessaires à une pratique sécuritaire.

Ce programme de soutien clinique est l'une des mesures proposées dans le plan d'action soutenant la Stratégie ministérielle en soins infirmiers. Tout comme les autres mesures de la stratégie, le programme vise particulièrement à faire diminuer le temps supplémentaire et l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante dans l'optique de stabiliser les équipes en place et d'attirer ainsi que de retenir les infirmières auxiliaires.

En 2010-2011, selon l'information transmise par les agences, 79 % des établissements avaient mis en place leur programme de préceptorat. Les principales difficultés rapportées sont liées au financement et au recrutement des préceptrices de soir et de nuit. Ces éléments seront pris en compte dans la gestion du programme en 2011-2012.

PARTIE 4

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2009-2013

En avril 2006, l'Assemblée nationale a adopté la Loi sur le développement durable. Conformément à cette loi et soutenue par une consultation publique et une commission parlementaire tenues à l'automne 2007, la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013 est entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

Cette stratégie invitait l'ensemble des ministères et des organismes à se doter d'un plan d'action en matière de développement durable avant le 31 mars 2009. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a alors publié son Plan d'action de développement durable 2009-2013. Ce plan inclut seize actions pour lesquelles la reddition de comptes se fait au moyen du rapport annuel de gestion, tel que le prescrit la loi précitée.

La reddition de comptes porte également sur le degré d'avancement des gestes qui ont été retenus afin de réaliser les seize actions inscrites dans le plan d'action ministériel.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1
INFORMER, SENSIBILISER, ÉDUQUER, INNOVER

Objectif gouvernemental 1
Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière et l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

ACTION 1 : **SENSIBILISATION ET FORMATION DES EMPLOYÉS DU MINISTÈRE À LA DÉMARCHE GOUVERNEMENTALE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

» Objectif organisationnel	Faire connaître, au sein du Ministère, la Loi sur le développement durable, la nature et la portée de ses seize principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable

Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Taux du personnel du Ministère sensibilisé à la démarche de développement durable	Sensibilisation de 80 % des employés du Ministère	90 % du personnel des ministères et organismes sensibilisé

Tous les ministères et les organismes, réunis dans le cadre des travaux du Comité interministériel de développement durable, ont convenu d'une mesure gouvernementale unique. Le niveau de sensibilisation au développement durable dans l'administration publique a donc été établi au moyen d'un sondage effectué auprès de l'ensemble des organisations. Ce sondage avait pour but de vérifier les connaissances des participants au regard de l'existence de la démarche gouvernementale relative au développement durable, de la définition du développement durable proposée par la Loi ainsi que des dimensions du développement durable. Mené en mars 2011 par le Bureau de coordination du développement durable et l'Institut de la statistique du Québec, ce sondage a révélé un taux de sensibilisation de 90 % des employés de la fonction publique.

Au Ministère en particulier, la sensibilisation a débuté en 2006. Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été consentis afin de sensibiliser l'ensemble du personnel. Parmi les moyens utilisés, on trouve :

- la mise en ligne du site intranet thématique sur le développement durable ;
- des séances de sensibilisation, d'une durée d'une heure, offertes à l'ensemble du personnel ministériel, lesquelles ont permis de rencontrer environ 500 personnes en 2010-2011 ;
- des présentations aux nouveaux arrivants ;
- des présentations au Comité ministériel de développement durable ;
- une présentation aux gestionnaires du Ministère.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Mise en œuvre d'un plan de sensibilisation et d'un plan de formation comprenant, entre autres :				
▪ une présentation aux nouveaux arrivants		X		
▪ la production et la diffusion de capsules d'information		X		
▪ la présentation d'information sur le développement durable à l'ensemble des employés (présentations ciblées, conférences thématiques, etc.)		X		
▪ une formation sur les pratiques liées au développement durable donnée aux différentes catégories de personnel		X		

Le plan de formation est en préparation et sa mise en œuvre est prévue de 2011 à 2013.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 2

RÉDUIRE ET GÉRER LES RISQUES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ, LA SÉCURITÉ ET L'ENVIRONNEMENT

Objectif gouvernemental 4

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

ACTION 2 : **ORGANISATION EN SANTÉ**

» Objectif organisationnel — **Favoriser des environnements sains pour les personnels et clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux**

Faire du Ministère une organisation certifiée « Entreprise en santé », promouvoir la norme auprès de différentes organisations intéressées et leur faire profiter de l'expérience acquise

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Certification « Entreprise en santé » obtenue	Obtention de la certification (cible 2009-2010 reportée)	Certification obtenue

En juin 2010, le Ministère a obtenu la certification « Entreprise en santé ». Afin de maintenir sa certification annuelle, le Ministère doit avoir fait l'objet d'un audit par le Bureau de normalisation du Québec. Cette année, les évaluations à cette fin ont eu lieu en mars 2011. Le rapport du Bureau a confirmé que le Ministère conserve son titre d'« Entreprise en santé » pour une autre année.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Rencontres d'information, consultations, groupes de discussion et entrevues			X	
Adoption et diffusion du plan d'action (2009)			X	
Mise en œuvre du plan d'action		X		
Évaluation des actions		X		
Promotion de la démarche et des résultats dans le réseau		X		
Soutien et échanges avec les quatre établissements du réseau engagés dans des projets pilotes visant la certification « Entreprise en santé »		X		
Partage d'expériences et d'expertises avec les autres ministères et organismes intéressés		X		

Un bilan du plan d'action 2009-2010 a été effectué et le plan d'action 2010-2011 a été conçu. Ces deux documents ont été acceptés par le Bureau de normalisation du Québec en mars 2011. Au cours de la période 2010-2011, le Ministère a, entre autres, instauré un nouveau mode d'appréciation des contributions du personnel d'encadrement. Celui-ci tient compte de trois volets :

- le développement des compétences-clés en gestion ;
- le développement de la santé et du mieux-être du personnel de l'unité administrative ;
- les produits livrables par l'unité administrative.

ACTION 3 : **POLITIQUES ALIMENTAIRES**

Promouvoir et favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez le personnel et les clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux en offrant des environnements alimentaires sains

INDICATEURS	CIBLES 2010-2011	RÉSULTATS 2010-2011
Politique alimentaire appliquée au Ministère	Adoption et application de la politique alimentaire au Ministère (cible 2009-2010 reportée)	Politique adoptée Comité de mise en œuvre créé
Pourcentage des établissements ayant adopté une politique alimentaire	Adoption d'une politique alimentaire par 75 % des établissements	78 % des établissements

La politique alimentaire du Ministère a été adoptée le 14 juin 2010 et le comité ministériel chargé de son application a été créé.

Le taux d'établissements du réseau ayant adopté une politique alimentaire dépasse légèrement la cible. Les agences de la santé et des services sociaux s'impliquent étroitement dans le suivi du processus auprès des établissements qui n'ont pas encore adopté leur politique alimentaire.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Consultation du réseau pendant la rédaction du cadre de référence			X	
Publication et diffusion du cadre de référence			X	
Rédaction de la politique du Ministère			X	
Offre de formations, réseautage et élaboration d'outils de soutien		X		
Démarche de suivi		X		
Promotion des projets réalisés au Ministère et au sein des établissements		X		

Un forum de discussion a été créé afin de soutenir la mise en œuvre des politiques alimentaires dans les établissements du réseau. Environ 250 personnes engagées dans la mise en œuvre de ces politiques en sont membres.

De plus, des démarches relatives à l'évaluation ont été entreprises. Ainsi, un sondage sur l'offre alimentaire dans les établissements a été mené ; les résultats de ce sondage sont connus depuis février 2011.

ACTION 4 : **RENFORCEMENT DE LA PRATIQUE D'ÉVALUATION D'IMPACT DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LA SANTÉ**

» Objectif organisationnel

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement à l'aide de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

Renforcer la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé en optimisant le recours aux différentes expertises disponibles au Ministère

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Pourcentage des demandes d'avis qui sont traitées conformément au mode de collaboration interdisciplinaire convenu	50 % des demandes d'avis	ND

La Direction générale de la santé publique a analysé 106 demandes d'avis en 2010-2011 et a offert un soutien accru à la collaboration interdisciplinaire, notamment en renforçant ses liens avec les autres directions générales du Ministère. Toutefois, ces analyses n'ont pas pu être faites conformément au mode de collaboration interdisciplinaire convenu puisqu'il faut lui apporter certaines précisions.

Ainsi, l'échéancier de départ a été modifié et les données seront produites à compter de 2011-2012.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Analyse globale du traitement des demandes d'avis soumises au Ministère par les ministères et organismes publics dans le cadre de l'EIS		X		
Définition et adoption d'un mode de collaboration interdisciplinaire adapté, selon le degré de priorité du projet et l'ampleur de l'analyse à mener par le Ministère		X		
Mise en application du nouveau mode de collaboration pour le traitement des demandes d'avis par le Ministère	X			

L'analyse préliminaire du traitement des demandes d'avis a été réalisée. Des étapes intermédiaires ont toutefois été ajoutées pour compléter l'analyse globale annoncée et pour définir le mode de collaboration interdisciplinaire optimal. Ces deux étapes s'avèrent des préalables à la mise en application du nouveau mode de collaboration.

Objectif gouvernemental 5
Mieux préparer les communautés à faire face aux événements pouvant nuire à la santé et à la sécurité et en atténuer les conséquences

ACTION 5 : PROMOTION D'ENVIRONNEMENTS EXTÉRIEURS SAINS ET SÉCURITAIRES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

» Objectif organisationnel

Favoriser la création et le maintien d'environnements extérieurs sains et sécuritaires pour les personnels et clientèles concernés

Sensibiliser et outiller les gestionnaires de terrains du Ministère, du réseau et de l'administration gouvernementale afin qu'ils intègrent des pratiques écologiques permettant d'offrir aux clientèles et aux personnels des environnements extérieurs sains et sécuritaires

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Outil produit	Production d'un outil aidant à intégrer les critères environnementaux dans la gestion des terrains (cible 2009-2010 reportée)	Outil produit

Le Ministère souhaite, au moyen de l'action 5 de son plan d'action, promouvoir des environnements extérieurs sains et sécuritaires pour la population. À cette fin, il a produit un outil sous forme de guide des bonnes pratiques concernant la gestion écoresponsable des terrains du réseau de la santé.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Constitution d'un groupe de travail visant la mise en œuvre et le suivi de l'action (2009)				X
Portrait de la situation intégrant une évaluation des besoins des gestionnaires de terrains du réseau ainsi qu'une revue des techniques écoresponsables		X		
Production et diffusion d'un guide de bonnes pratiques sur la gestion environnementale des terrains (2011)			X	
Proposition d'un modèle de devis contenant les critères de gestion environnementale (2011)			X	
Conception d'un outil Internet permettant la diffusion des bons coups et des outils produits par le Ministère (2011)	X			
Recension et promotion des bons coups en matière de gestion dans le réseau (2011-2012)	X			

La constitution d'un groupe de travail devant procéder à la mise en œuvre et au suivi de l'action a été remplacée par l'engagement d'un stagiaire à temps plein mandaté pour élaborer le guide. Des appels téléphoniques aux gestionnaires des terrains du réseau ont permis de faire une évaluation partielle des besoins ainsi qu'une ébauche du portrait de la situation. Ce portrait sera complété dans le cadre de l'évaluation de l'utilisation du guide.
Le guide pourra être amélioré, au besoin, tout comme les propositions de devis qu'il contient.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 3
PRODUIRE ET CONSOMMER DE FAÇON RESPONSABLE

Objectif gouvernemental 6
Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

ACTION 6 : ADOPTION D'UN CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET DE PRATIQUES D'ACQUISITIONS ÉCORESPONSABLES

» Objectif organisationnel Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au Ministère

Mettre en œuvre au Ministère des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Cadre de gestion environnementale adopté	Adoption d'un cadre de gestion environnementale	Cadre en cours d'élaboration

Les versions préliminaires du cadre de gestion environnementale et du plan de gestion environnementale ont été présentées aux membres du comité responsable de l'élaboration de ce cadre pour discussion et approbation. Le dépôt officiel de ces documents est prévu en 2011-2012, en vue de leur adoption par le comité de direction du Ministère.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Analyse des activités et des impacts environnementaux			X	
Conception, rédaction, adoption et mise en œuvre d'un cadre de gestion environnementale au Ministère		X		
Choix et adoption de pratiques d'acquisitions écoresponsables au Ministère	X			
Suivi	X			

En 2010-2011, l'analyse de divers éléments, dont une collecte de données ministérielles, a permis de dresser le portrait environnemental des activités de l'organisation et d'identifier les aspects environnementaux significatifs. Cette analyse a également permis d'élaborer les versions préliminaires du cadre et du plan de gestion environnementale.

ACTION 7 : **GESTION DES MATIÈRES RÉSIDUELLES**

» Objectif organisationnel — **Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au sein du réseau de la santé et des services sociaux**

Favoriser et soutenir l'adoption de pratiques permettant une saine gestion des matières résiduelles dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Énoncé d'une orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles	Orientation énoncée	Énoncé de l'orientation reporté

La poursuite des travaux entrepris relativement à cette mesure a été reportée d'une année.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Rédaction et diffusion d'une orientation en matière de gestion des matières résiduelles	X			
Soutien aux projets pilotes en CSSS			X	
Diffusion des résultats dans l'ensemble du réseau et promotion d'autres initiatives	X			
Invitation aux établissements du réseau à implanter un plan de gestion des matières résiduelles	X			

ACTION 8 : **RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX**

Soutenir le retraitement des dispositifs médicaux au sein du réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux mises en œuvre	Mise en œuvre des actions liées au retraitement des dispositifs médicaux	Mise en œuvre en cours

Les actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux s'inscrivent dans le nouveau Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015 ; 4 des 25 actions en traitent expressément. Ce sont :

- l'action 13 : uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin de prévenir les infections nosocomiales ;
- l'action 14 : encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique ;
- l'action 17 : préciser les rôles et les responsabilités des instances locales, régionales et nationales relativement à la gestion d'un risque infectieux lié au retraitement (y compris la stérilisation) de dispositifs médicaux et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ce risque ;
- l'action 20 : développer l'expertise en PCI des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et de la formation continue et plus spécifiquement concernant le retraitement des dispositifs médicaux ; soutenir les activités de formation des intervenants au regard du retraitement des dispositifs médicaux.

La mise en œuvre de ces actions s'est poursuivie en 2010-2011 et le degré d'avancement des travaux pour chacun des gestes contribuant à l'atteinte de cette cible apparaît ci-dessous.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Conception d'une formation reconnue pour le personnel de ce secteur			X	
Mise en place d'un mécanisme décisionnel pour la gestion des risques		X		
Énoncé d'une position sur le retraitement des dispositifs médicaux jetables			X	
Audits et visites de centres pour valider la conformité aux normes dans les établissements		X		

Un programme de formation de deux jours sur le retraitement des dispositifs médicaux a été offert aux professionnels travaillant directement dans ce secteur d'activité ou en soutien. Le programme a été offert à Québec et à Montréal, et plus de 160 personnes y ont participé. L'un des objectifs de la formation était la standardisation du vocabulaire utilisé dans ce secteur d'activité. Dans cette optique et dans le cadre de la révision du manuel de gestion financière, le titre du service et l'unité de mesure ont été modifiés. L'unité de retraitement des dispositifs médicaux est maintenant le terme employé. De même, le nombre de retraitements est l'unité de mesure utilisée pour ce secteur d'activité.

Les ententes avec les deux partenaires, soit le Centre provincial de référence en stérilisation et l'Institut national de santé publique du Québec, ont été entérinées. Ces ententes viennent préciser les mandats assumés par ces partenaires dans le cadre de la mise en place du mécanisme décisionnel pour la gestion des risques.

Un guide d'aménagement de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux a été développé par un comité d'experts et doit être présenté au comité de direction du Ministère. Agrément Canada a fixé des normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables et visite dorénavant l'unité de retraitement des dispositifs médicaux lors de ses démarches d'accréditation.

ACTION 9 : **INTÉGRATION DE CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ DANS LES APPELS D'OFFRES**

Favoriser le recours à des critères d'écoresponsabilité pour l'octroi de contrats d'achat de biens et des services dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appel d'offres définis et diffusés	Définition et diffusion des critères	Définition et diffusion des critères reportées

Les travaux relatifs à la définition et à la diffusion des critères liés à l'écoresponsabilité qui seront introduits dans les appels d'offres du Ministère ont été reportés d'une année.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Formation sur la nouvelle Loi sur les contrats des organismes publics, notamment sur la possibilité d'utiliser des critères environnementaux et de développement durable	X			
Promotion de l'utilisation de critères à caractère environnemental et de développement durable	X			
Appui au réseau dans ses démarches visant à élaborer des critères environnementaux et de développement durable et à les utiliser dans ses appels d'offres	X			

ACTION 10: **CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ POUR LES PROJETS DE CONSTRUCTION**

Concevoir et promouvoir auprès du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires des critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction définis	Dépôt des critères	Version préliminaire déposée

Après le dépôt, à l'automne 2010, de la version préliminaire des critères d'écoresponsabilité, des modifications y ont été apportées. Au 31 mars 2011, la version définitive des critères était prête à 75 %.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Mise en place d'un comité conjoint avec la Corporation d'hébergement du Québec			X	
Élaboration de critères en concertation avec les partenaires		X		
Ajout de cette préoccupation dans le cadre de référence normatif concernant l'élaboration d'un programme fonctionnel et technique, afin que les établissements du réseau puissent, dès cette étape, prévoir l'inclusion de critères d'écoresponsabilité dans leurs projets de construction	X			

Le comité pour l'élaboration de critères d'écoresponsabilité – volet construction a poursuivi ses rencontres au cours de l'année. Ce comité est composé de représentants des organisations suivantes : le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Corporation d'hébergement du Québec, les agences de la santé et des services sociaux, les établissements, la Société immobilière du Québec, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, l'Association des gestionnaires de parcs immobiliers institutionnels et le Conseil du bâtiment durable du Canada.

Objectif gouvernemental 7
Promouvoir la réduction de la quantité d'énergie et de ressources naturelles et matérielles utilisées pour la production et la mise en marché de biens et de services

ACTION 11 : VALORISATION DES AIDES TECHNIQUES SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE MOTRICE

» Objectif organisationnel — Optimiser les ressources matérielles utilisées dans le cadre du programme Déficience physique

Accroître la valorisation des aides techniques attribuées dans le cadre du programme d'appareils suppléant à une déficience motrice

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Taux de valorisation : Nombre d'appareils valorisés attribués × 100 / Total des aides attribuées	Taux de 32 % pour les aides techniques à la locomotion	Taux de valorisation moyen provincial 2009-2010 de 34,4 %[1]

1 Les données portant sur l'année 2010-2011 ne seront connues qu'en octobre 2011

La cible établie visait à faire passer le taux de valorisation moyen provincial de 31 % en 2009-2010 à 32 % en 2010-2011. Cette cible avait déjà été dépassée l'an dernier puisque le taux atteignait alors 34,4 %.

Le résultat de 34,4 % du taux moyen de valorisation provincial de 2009-2010 correspond cependant à une diminution par rapport au résultat de 38,7 % obtenu en 2008-2009, laquelle s'explique principalement par l'augmentation de l'attribution des aides techniques à la locomotion (11 %) en lien avec le vieillissement de la population. Par ailleurs, le taux de valorisation ne peut croître constamment étant donné le besoin de renouvellement d'équipements devenus désuets. Une certaine augmentation du volume de la valorisation des aides techniques à la locomotion est tout de même attendue de la part des centres de réadaptation en déficience physique du Québec pour les prochaines années.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Élaboration des orientations et d'un plan d'action en matière de valorisation des aides à la posture et des orthèses-prothèses dans une visée de développement durable (2009-2010)				X
Identification des processus et modalités de désinfection, de recyclage, etc., qui sont particuliers à la valorisation des aides à la posture et des orthèses-prothèses (2009-2010)		X		
Mise à jour du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience motrice intégrant le principe de valorisation		X		
Choix des modalités de valorisation des orthèses et prothèses dans le secteur privé (2011-2012 et 2012-2013)				X

Compte tenu des priorités établies et des efforts considérables investis actuellement pour la mise à jour du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique, deux gestes ne pourront être réalisés, soit l'élaboration des orientations et d'un plan d'action en matière de valorisation des aides à la posture et des orthèses-prothèses dans une visée de développement durable ainsi que le choix des modalités de valorisation des orthèses et prothèses dans le secteur privé.

En ce qui concerne les modalités de désinfection et de recyclage, un comité mixte MSSS-RAMQ a conçu un document définissant les principes généraux d'hygiène et de salubrité à suivre au cours du processus de valorisation des fauteuils roulants. Ce document a été publié en décembre 2010.

Objectif gouvernemental 8

Augmenter la part des énergies renouvelables ayant des incidences moindres sur l'environnement (biocarburants, biomasse, énergie solaire, éolien, géothermie, hydroélectricité, etc.) dans le bilan énergétique du Québec

ACTION 12: PROMOTION ET SOUTIEN DE PROJETS AYANT RECOURS À DES ÉNERGIES RENOUVELABLES

» Objectif organisationnel

Promouvoir l'inclusion d'énergies renouvelables dans le portefeuille énergétique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Promouvoir et soutenir les projets ayant recours à des énergies renouvelables dans les établissements afin de poursuivre et de bonifier le programme de réduction de l'énergie consommée

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Réduction globale de la quantité d'énergie (gigajoules) par rapport au niveau de 2003	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Au Ministère, les travaux relatifs à l'efficacité énergétique s'inscrivent depuis 2006 dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie énergétique du Québec et de l'action 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques, qui demandaient au réseau de la santé et des services sociaux de réduire de 14 % l'intensité énergétique de ses bâtiments en 2010 par rapport à 2003. Cette cible étant échue, le réseau demeure présentement sans cible précise en ce qui a trait à l'efficacité énergétique. Des travaux sont toutefois en cours, en collaboration avec, entre autres, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, le ministère des Ressources naturelles et de la Faune ainsi que l'Agence de l'efficacité énergétique afin de déterminer les cibles à inscrire dans le deuxième plan d'action sur les changements climatiques (portant sur la période 2013-2020).

Bien qu'aucune cible relative à l'efficacité énergétique n'était fixée pour l'année en cours, les efforts se sont toutefois poursuivis. En effet, l'année 2010-2011 a vu douze projets d'économie d'énergie se concrétiser, pour des montants totaux de 35 millions de dollars en autorisations d'emprunt et de 5,5 millions de dollars d'économie d'énergie annuellement. Ces projets ont tous reçu l'appui du Ministère pour la mise en place de mesures novatrices visant les énergies renouvelables et 22 millions de dollars auront été versés en subvention au cours de cette année. Ces mesures portaient sur la mise en place de systèmes géothermiques (seize établissements), le recours à l'énergie solaire (trois établissements) et l'utilisation de la biomasse forestière (un établissement) comme combustible de chauffage.

L'analyse des données énergétiques mérite d'être faite, d'une part, selon l'aspect financier et, d'autre part, selon l'intensité énergétique. Un retour sur les résultats de 2009-2010 permet de constater que, du point de vue financier, les projets d'économie d'énergie autorisés en date du 31 mars 2010 permettront de générer près de 35 millions de dollars en économie d'énergie annuelle, soit 5 millions de dollars de plus que les données inscrites dans le rapport annuel de gestion 2009-2010. Toutefois, sur le plan de l'énergie consommée, on ne peut observer d'amélioration significative par rapport à 2003. Afin de mettre en contexte ces résultats, il faut mentionner que le réseau a vu sa superficie augmenter d'environ 7 % depuis 2003, mais a également subi plusieurs ajouts fonctionnels énergivores tels que de nouveaux équipements médicaux, des équipements électromécaniques, etc. Ces divers facteurs viennent complexifier la comparaison avec les données de 2003 en ce qui concerne l'énergie consommée.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Promotion et soutien au réseau dans sa démarche visant à diminuer la quantité d'énergie consommée		X		
Promotion du programme de subvention pour les projets visant les énergies renouvelables		X		
Prise en considération des besoins des établissements		X		
Analyse des projets soumis		X		

Les travaux relatifs à l'accompagnement des établissements dans la mise en place de mesures d'efficacité énergétique impliquant des énergies renouvelables se poursuivent. Les cadres de gestion établis pour ces projets sont actuellement soumis à un processus de révision afin qu'ils répondent mieux aux besoins, tant des établissements que du Ministère.

Objectif gouvernemental 10
Fournir les repères nécessaires à l'exercice de choix de consommation responsables et favoriser au besoin la certification des produits et des services

ACTION 13: **NORMALISATION D'UN SYSTÈME DE CHAUFFAGE AUXILIAIRE POUR LES AMBULANCES**

» Objectif organisationnel

Recourir à la normalisation afin d'intégrer de nouvelles technologies ou pratiques écoresponsables dans les activités nécessaires à l'accomplissement de la mission du Ministère

À la suite de l'évaluation de l'efficacité d'une nouvelle technologie de chauffage auxiliaire, modifier la norme consensuelle du Bureau de normalisation du Québec relative aux spécifications des ambulances, afin d'y inclure ce nouveau dispositif et de limiter ainsi la marche au ralenti en périodes froides

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Norme modifiée (2009-2012)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2010-2011, mais des gestes ont été posés.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Suivi du projet pilote d'Urgences-santé, évaluation des résultats et diffusion de l'information			X	
Promotion de l'idée auprès du Bureau de normalisation du Québec, afin que cet équipement soit inclus dans la norme de montage des véhicules ambulanciers			X	

La demande formelle de modifier la norme afin d'inclure l'appareil de chauffage auxiliaire dans le processus de montage applicable à l'ensemble des véhicules ambulanciers utilisés au Québec a été adressée au Bureau de normalisation du Québec en juin 2009. Depuis, le processus de modification de la norme est en cours et le suivi en est assuré. Il devrait se terminer en 2011-2012.

ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 6
AMÉNAGER ET DÉVELOPPER LE TERRITOIRE DE FAÇON DURABLE ET INTÉGRÉE

Objectif gouvernemental 18
Intégrer les impératifs du développement durable dans les stratégies et les plans d'aménagement et de développement régionaux et locaux

ACTION 14: **SOUTIEN AU RÉSEAU ET MISE EN COMMUN DES INITIATIVES**

» Objectif organisationnel Accompagner et soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans ses démarches de développement durable

Promouvoir la démarche gouvernementale de développement durable auprès du réseau de la santé et des services sociaux par la sensibilisation, la diffusion et la mise en commun du savoir et de l'expertise dans le domaine

INDICATEURS	CIBLES 2010-2011	RÉSULTATS 2010-2011
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère (2009-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère (2009-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Pourcentage des établissements ayant entrepris une démarche de développement durable (2009-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Inventaire des initiatives du réseau		X		
Création d'un comité national de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux			X	
Constitution d'un réseau de personnes-ressources en développement durable issues des milieux locaux et régionaux		X		
Mise en œuvre d'un plan de sensibilisation	X			
Production et diffusion de capsules d'information		X		
Présentation de conférences sur le développement durable	X			
Organisation, à l'échelle nationale, d'activités et d'événements (colloques ou autres) qui favorisent la mise en commun des initiatives dans le réseau et avec les partenaires d'autres secteurs d'activité	X			
Constitution de groupes d'experts sur différents sujets	X Au besoin			

Le réseau de personnes-ressources, maintenant connu sous le nom de « réseau des répondants en développement durable » est constitué d'un niveau régional (agences) et d'un niveau local (établissements). Le niveau régional du réseau des répondants en développement durable est maintenant créé. Chaque répondant régional est appelé, sur une base volontaire, à former un réseau de répondants locaux constitué de représentants des différents établissements de sa région. Dans certaines régions, le réseau de répondants locaux a déjà été créé et dans d'autres, on y travaille. Le rôle du réseau des répondants est d'assurer l'échange de l'information entre le Ministère, les agences et les établissements de santé et de services sociaux afin de sensibiliser le personnel, de mettre en commun les expériences et de stimuler les initiatives ainsi que les démarches relatives au développement durable dans l'ensemble du réseau.

L'adaptation des contenus ministériels de sensibilisation et d'information destinés aux agences et aux établissements est terminée. Ces contenus seront accessibles par l'entremise d'un site intranet réseau sur le développement durable, lequel sera mis en ligne sous peu.

Objectif gouvernemental 19
Renforcer la viabilité et la résilience des collectivités urbaines, rurales ou territoriales et des communautés autochtones

ACTION 15: **SURVEILLANCE DES CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS**

» Objectif organisationnel Soutenir le développement de communautés en santé

Déployer un dispositif national d'indicateurs de surveillance des caractéristiques des communautés, afin de soutenir les organisations qui interviennent dans le développement des communautés

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre de régions où le dispositif a été expérimenté (ou implanté)	7 régions	7 régions

Le dispositif d'indicateurs est implanté dans sept régions : Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et Montérégie. L'expérimentation pourrait débuter en 2011-2012 dans une nouvelle région soit le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Parmi les neuf régions non engagées dans le déploiement du dispositif, cinq ont entrepris une démarche du même type, soit celles de la Capitale-Nationale, de Montréal, de la Baie-James, de Laval et des Laurentides. On n'y envisage toutefois pas de recourir au dispositif initial.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Préparation nationale à l'expérimentation dans quatre régions en 2008-2009			X	
Implantation du dispositif d'indicateurs dans les autres régions et territoires jusqu'en 2013 ou plus :		X		
▪ Ententes au Plan commun de surveillance pour l'accès aux données détenues par les partenaires, notamment				
– l'Association des centres jeunesse du Québec	X			
– le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport		X		
– le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale		X		
▪ Intégration des indicateurs en développement des communautés au Plan commun de surveillance des régions				X
▪ Ententes avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador	X			
▪ Ajustement du dispositif aux réalités des communautés autochtones	X			
Pour la durée de l'action :				
▪ Soutien à la constitution des équipes pour l'implantation et l'évaluation dans les régions et territoires et formation des membres		X		
▪ Soutien à la planification des activités		X		
▪ Soutien à l'identification des ressources nécessaires		X		
▪ Soutien à l'évaluation de l'implantation régionale et des retombées observées à l'échelle régionale		X		
▪ Soutien adapté aux communautés autochtones dans l'implantation du dispositif de surveillance	X			
▪ Évaluation de l'ensemble du processus d'implantation		X		
▪ Suivi des retombées observées par les régions	X			

L'intégration des indicateurs liés au développement des communautés dans le Plan commun de surveillance des régions n'est pas prévue à ce moment-ci. Le Ministère a réservé une somme de 25 000 dollars pour l'accompagnement des régions qui sont engagées dans le déploiement du dispositif de caractérisation ou qui envisagent de le faire. Par ailleurs, les besoins des régions, engagées et non engagées dans le déploiement du dispositif, ont été recensés au cours de l'hiver 2011 et l'état d'avancement du projet a été présenté aux tables de concertation en santé publique en vue d'une recommandation quant aux modalités de la poursuite du projet.

Objectif gouvernemental 20
Assurer l'accès aux services de base en fonction des réalités régionales et locales, dans un souci d'équité et d'efficience

ACTION 16: **DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ**

» Objectif organisationnel Permettre l'accès à des ressources spécialisées en régions éloignées

Accroître l'offre des services de télésanté sur le territoire du Québec

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre d'équipements déployés	180 stations de visioconférence	95 stations de visioconférence installées

En 2010-2011, 95 stations de visioconférence ont été installées et 10 l'avaient été en 2009-2010, ce qui porte le total à 105 nouvelles stations opérationnelles au 31 mars 2011. L'échéancier initial prévoyait 300 nouvelles stations à cette même date (120 en 2009-2010 et 180 en 2010-2011). L'écart s'explique par un retard généralisé de six à douze mois dans les projets de télésanté. Toutefois, la portée de ces projets n'a pas changé. La cible relative au déploiement de la télésanté fixée dans le plan de développement durable demeure la même, mais elle est décalée dans le temps.

GESTE	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Implantation de stations de visioconférence		X		
L'implantation de stations se poursuit.				

PARTIE 5

LES RÉSULTATS AU REGARD DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

La Déclaration de services aux citoyens traduit l'engagement du Ministère à offrir des services de qualité à la population québécoise. À cet effet, les services doivent être accessibles et donnés par un personnel courtois ; de plus, les demandes doivent recevoir un traitement professionnel.

La déclaration touche les trois types de services offerts directement à la population par le Ministère :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

Au cours de l'année budgétaire 2010-2011, les renseignements généraux du Ministère ont donné suite à un total de 3 341 demandes de renseignements, téléphones et courriels confondus, tous redirigés au Ministère par Services Québec. Il s'agit d'une diminution de 186 communications, soit 5 %, par rapport à l'année 2008-2009, mais d'une diminution de 2 138 communications, soit 39 %, par rapport à l'exercice 2009-2010.

Une partie significative de la diminution s'explique par l'absence, en 2010-2011, d'un enjeu de santé publique comparable à celui de 2009-2010, année de la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1). Ainsi, les résultats de 2010-2011 représentent un retour à la normale.

Répartition des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé, de 2008-2009 à 2010-2011

MODE DE COMMUNICATION	NOMBRE DE DEMANDES					
	2008-2009		2009-2010		2010-2011	
Appels téléphoniques	2 225	63 %	3 436	63 %	2 163	65 %
Courriels	1 302	37 %	2 043	37 %	1 178	35 %
Total	**3 527**	**100 %**	**5 479**	**100 %**	**3 341**	**100 %**

La téléphonie demeure le mode de communication le plus fréquemment utilisé (65 %) pour les demandes de renseignements, comparativement à 35 % pour les courriels.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec ▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Réponse la plus rapide possible

- Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec, soit le 1 877 644-4545.
- Pour les demandes de renseignements que lui transfère Services Québec, le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Le Ministère a répondu à neuf appels téléphoniques et à cinq courriels par jour en moyenne.
- Le délai de réponse est toujours le plus court possible, conformément aux engagements ministériels.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

Dans la grande majorité des cas, le Ministère répond le jour même aux demandes faites par courriel que lui transmet Services Québec. Autrement, un accusé de réception est envoyé à l'auteur de la demande, conformément à l'engagement ministériel.

5.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec

Le Secrétariat à l'adoption internationale offre des services directs à la population. Il s'appuie sur trois valeurs dans ses interventions quotidiennes : la probité, la loyauté et l'humanisme. Il place l'écoute, la courtoisie, l'empathie, la disponibilité et l'objectivité au cœur de ses activités quotidiennes auprès des citoyens.

Dans l'exercice de son mandat, le Secrétariat à l'adoption internationale assure un traitement professionnel de l'ensemble des demandes qui lui sont adressées. Il renseigne les citoyens par téléphone, en ligne ou en personne. Les informations fournies portent sur différents sujets : le mandat du Secrétariat, le cadre législatif, le rôle des organismes agréés, les démarches relatives à l'adoption, la recherche des origines ainsi que les services offerts avant ou après l'adoption.

En matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles, le personnel précise le cadre législatif qui régit l'obtention d'un sommaire des antécédents et les démarches liées aux retrouvailles. En 2010-2011, le Secrétariat à l'adoption internationale a ouvert douze nouveaux dossiers de recherche des origines, ce qui porte à quatorze le nombre de dossiers en cours de traitement. Le Secrétariat a, de plus, répondu à 62 demandes d'informations à ce sujet par courriel ou par téléphone.

Le site Web du Secrétariat à l'adoption internationale contient des renseignements détaillés sur l'adoption internationale. Il est mis à jour régulièrement. Par l'intermédiaire de la boîte de courrier électronique du site, les citoyens peuvent demander de l'information en ligne. Toutes les demandes reçues par courriel sont acheminées avec diligence au service responsable, aux fins de leur traitement. Ponctuellement, le Secrétariat à l'adoption internationale informe les abonnés des *CyberNouvelles* au sujet des actualités

apparaissant sur le site. En date du 31 mars 2011, 1 335 personnes étaient inscrites à ce service d'abonnement informatisé. Par ailleurs, depuis le mois de janvier 2011, le Secrétariat à l'adoption internationale diffuse *Le Bulletin du SAI* afin de faire connaître sa philosophie, ses valeurs et son fonctionnement.

Des renseignements sur les programmes sociaux à l'intention des adoptants ou de leurs enfants peuvent également être fournis. La trousse virtuelle et la pochette d'information transmise sur demande contiennent plusieurs documents concernant la réalisation d'un projet d'adoption internationale, au nombre desquels figure le répertoire des ressources spécialisées. De par son mandat de coordination des activités relatives à l'adoption internationale, le Secrétariat favorise la concertation des différents acteurs participant au processus. Ainsi, au cours de la dernière année, il a lancé le Guide d'intervention en adoption internationale à l'intention des intervenants. Cet outil, diffusé en version électronique, donne des précisions sur les rôles de chacun de ces acteurs.

En assurant son rôle de conseil et de soutien auprès des organismes agréés, le Secrétariat à l'adoption internationale s'assure de l'uniformisation des pratiques dans une perspective de cohérence, d'équité et d'efficacité des services. En 2010-2011, environ 94 % des démarches d'adoption ont été effectuées par l'intermédiaire d'un organisme agréé. Le suivi relatif à l'application des règles de gestion des dossiers permet au Secrétariat de maintenir la qualité de ses interventions.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENT
- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
- Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30
- Réponse la plus rapide possible

- Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).
- Le Secrétariat assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques venant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse) et, surtout, de citoyens souhaitant obtenir des informations.
- Le Secrétariat utilise une arborescence téléphonique qui permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service avec lequel il veut communiquer. Ainsi, chaque appel est pris en charge soit par une agente de secrétariat, soit par la personne responsable du service choisi par l'interlocuteur dans l'arborescence, le tout afin d'assurer à ce dernier le traitement adéquat et rapide de sa demande.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT
- Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Au 31 mars 2011, le Secrétariat à l'adoption internationale comptait 1 959 dossiers d'adoption ouverts, se situant à l'une ou l'autre des étapes de la démarche relative à l'adoption.
- Le Secrétariat n'a pas établi de système pour vérifier si le délai fixé pour la production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers est respecté. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, le Secrétariat répond, dans la très grande majorité des cas, à l'intérieur du délai de 10 jours ouvrables.

Demandes en personne

ENGAGEMENTS	▪ Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Annonce immédiate de l'arrivée des personnes ▪ Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide

- Chaque visiteur se présentant au Secrétariat à l'adoption internationale est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, incluant l'heure du dîner. Dès que le visiteur arrive, une agente ou un agent de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.
- Les visiteurs sont traités de la même façon, qu'ils aient pris ou non rendez-vous. Dans ce dernier cas, l'employé à rencontrer est informé de la situation et, s'il lui est impossible de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec ce dernier.

5.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac

Le Service de lutte contre le tabagisme est chargé de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. Dans ce cadre, il fournit à la population en général, aux exploitants des lieux visés par la Loi, aux détaillants de tabac ainsi qu'aux employés travaillant dans l'un des lieux visés un service de renseignements sur la Loi, par lequel il reçoit aussi les plaintes se rapportant à l'application de celle-ci. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui font des demandes de renseignements ou des plaintes est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, selon le mode de communication utilisé, et délai de réponse moyen, 2010-2011

MODE DE COMMUNICATION UTILISÉ	NOMBRE	DÉLAI DE RÉPONSE MOYEN
Appel téléphonique[1]	2 684	
Courrier électronique	227	1,7 jour
Courrier postal	6	0,5 jour
Total	**2 917**	

1. Le Service a reçu au total 4 552 appels téléphoniques, dont 2 684 concernaient des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel. Il n'y a eu aucun délai de réponse pour 82 % de ces 4 552 appels et ce délai a été de 30 secondes pour 18 % des appels.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS
- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
- Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30
- Réponse la plus rapide possible

- Le numéro sans frais 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. En 2010-2011, le Service de lutte contre le tabagisme a répondu à 4 552 appels téléphoniques. De ce nombre, 2 684 appels visaient directement la Loi ; il s'agissait de demandes de renseignements sur la Loi, de plaintes liées à son application ou de commandes de matériel. Ce total de 2 684 appels représente une diminution de 18 % par rapport à l'année précédente. Les 1 868 autres appels concernaient indirectement la Loi (médias, suivi d'inspections pour le personnel, appels concernant l'embauche, etc.).
- Parmi les 4 552 appels auxquels le Service a répondu, 82 % ont été pris en charge sans délai, comparativement à 79 % des 5 978 appels reçus en 2009-2010. Les appels en attente ont été traités dans un délai moyen de 30 secondes, comparativement à 32 secondes en 2009-2010. Des appels entrant au service téléphonique, 11 % ont été abandonnés avant leur prise en charge, soit 1 % de moins qu'en 2009-2010.
- La diminution du nombre d'appels concernant directement la Loi s'explique en partie par le fait qu'il n'y pas eu de nouvelles mesures implantées en 2010-2011, ce qui suscite moins de questions et de demandes. De plus, les mesures déjà implantées semblent mieux comprises, appliquées et respectées.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT
- Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Le Service de lutte contre le tabagisme offre également à la population la possibilité de demander des renseignements sur la Loi sur le tabac par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2010-2011, 227 demandes lui ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une légère augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente. La réponse a été donnée par téléphone dans 12 % des cas et par courriel dans 79 % des cas, et ce, dans un délai moyen de 1,7 jour. Les autres messages (9 %) ne demandaient pas de réponse ; il s'agissait de commentaires formulés par des citoyens mécontents d'une décision relativement à la sanction d'un exploitant.
- Par ailleurs, les six correspondances reçues par la poste constituaient des plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac. Seulement deux d'entre elles contenaient les coordonnées du plaignant. Un accusé de réception a été envoyé à ces deux plaignants le jour même où leur lettre est arrivée au Service.

5.4 Les plaintes

ENGAGEMENTS
- Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception
- Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise

- Au cours de l'année 2010-2011, seize plaintes ont été reçues au Ministère. Seulement quatre d'entre elles concernaient une unité administrative visée dans la Déclaration de services aux citoyens. Le suivi a été assuré par l'unité administrative visée dans le délai prescrit de vingt jours à compter de la date de réception de ces plaintes.
- Les douze autres plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou l'organisation régionale des services. Une plainte n'a pu faire l'objet d'une réponse puisqu'elle a été transmise de façon anonyme. Dans les autres cas, une lettre ou un courriel a été envoyé aux plaignants, leur indiquant les coordonnées du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse reçue en premier recours, les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient données aux plaignants.

PARTIE 6

L'UTILISATION DES RESSOURCES

6.1 Les ressources humaines

LA RÉPARTITION DE L'EFFECTIF

Au 31 mars 2011, le Ministère comptait 733 postes réguliers autorisés et 40 équivalents temps complet (ETC) occasionnels autorisés, pour un total de 773 ETC. La répartition de ces postes au sein du Ministère est présentée, dans le tableau suivant, en fonction des différentes catégories d'emplois.

Postes autorisés, selon la catégorie et le statut d'emploi, au 31 mars 2011[1]

CATÉGORIE D'EMPLOIS	POSTES RÉGULIERS		POSTES OCCASIONNELS		TOTAL	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Haute direction et cadres	75	76	–	–	75	76
Professionnels	447	438	21	21	468	459
Fonctionnaires	232	219	19	19	251	238
Total	**754**	**733**	**40**	**40**	**794**	**773**

1 Les données comprennent les effectifs du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

LE CLIMAT DE TRAVAIL

La santé et le mieux-être du personnel ont toujours été au centre des préoccupations du Ministère. L'avènement de la norme « Entreprise en santé » a fourni l'occasion au Ministère de traduire ce souci dans une démarche intégrée et continue.

Le Ministère a obtenu la certification « Entreprise en santé » en juin 2010. Dans la foulée, il a mis en œuvre un plan d'action basé sur les besoins qui lui ont été rapportés à l'occasion des collectes de données effectuées au cours du processus de certification. Ce plan d'action englobe les quatre aspects de la santé et du mieux-être au travail que prend en compte la norme « Entreprise en santé », soit les pratiques de gestion, l'environnement de travail, la conciliation travail-vie personnelle et les habitudes de vie. Le Ministère mènera un deuxième sondage au cours de la prochaine année afin de connaître la satisfaction à l'égard des activités mises en place ainsi que les améliorations souhaitées.

LA FORMATION ET LE PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL

L'évolution continuelle de l'environnement de travail (notamment l'attrition des effectifs et l'évolution des technologies) impose que le développement des compétences demeure une priorité en matière de gestion de la main-d'œuvre. À cet effet, le Ministère a investi, au cours de l'année civile 2010, l'équivalent de 1,2 % de sa masse salariale en formation et perfectionnement, soit 0,2 % de plus que le minimum prévu par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre.

LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

L'année financière 2010-2011 a été marquée par plusieurs départs à la retraite. En effet, 49 personnes ont quitté leur emploi pour cette raison. Le Ministère prévoit que le nombre de départs se maintiendra au cours de la prochaine année.

Étant donné que le taux modulé octroyé au Ministère pour la réduction des effectifs associée aux départs à la retraite est de 40 %, ce sont donc 20 postes qui devront être abolis en 2011-2012, soit 2,73 % de l'effectif régulier total.

En vue de diminuer l'effet des départs massifs à la retraite, la Direction des ressources humaines du Ministère poursuivra son exercice de planification de la main-d'œuvre. La gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre permet d'assurer la pérennité des savoirs et d'atténuer les difficultés qui se posent au regard du transfert d'expertise.

Par ailleurs, l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 ainsi que la réduction de la dette influenceront les activités d'embauche du Ministère.

Il va sans dire que le secteur des ressources humaines a subi plusieurs contrecoups au cours des dernières années. Nonobstant le fait qu'il a dû relever des défis majeurs, le Ministère a fait des efforts considérables pour réduire la taille de ses effectifs. Ainsi, depuis l'exercice 2004-2005, la réduction a été de 108 ETC, leur nombre étant passé de 881 cette année-là à 773 en 2010-2011.

6.2 Les ressources budgétaires et financières

La dépense probable pour l'année 2010-2011 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'élève à 28 115 562 600 $.

Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

LES FONCTIONS NATIONALES PROGRAMME 01
497 439 300 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la

population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer, notamment, les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application de la Politique du médicament ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des trois organismes-conseils suivants : le Conseil du médicament, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ainsi que le Commissaire à la santé et au bien-être. Il est à noter que, depuis le 19 janvier 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a succédé au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

LES FONCTIONS RÉGIONALES PROGRAMME 02
20 148 051 400 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientations ministérielles et des objectifs qui ont été signifiés aux agences de la santé et des services sociaux dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement des agences. Plus particulièrement, ce programme permet d'assurer, notamment, la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, ainsi que les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et les services infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis soit par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), soit par les centres hospitaliers ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui n'ont pas été intégrés aux CSSS ;
- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres jeunesse ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant une déficience, physique ou intellectuelle, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;

- les services de prévention, d'aide et de soutien fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes : la rémunération des résidents en médecine, les services préhospitaliers d'urgence, le système du sang, les vaccins et les antiviraux, les régimes de retraite ainsi que le service de la dette.

L'allocation des ressources financières pour les services dans le réseau de la santé et des services sociaux est basée sur l'évolution des besoins liés à différents facteurs socioéconomiques et démographiques dans chacune des régions (ex. : âge, population, isolement social, revenu disponible, dispersion de la population sur le territoire), ce qui permet d'établir un niveau de financement relatif entre les régions.

L'OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC PROGRAMME 03
13 132 600 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux ainsi que les municipalités et les organismes publics ou privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'OPHQ veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leurs familles. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, il les informe, les conseille, les assiste et fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Le programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office. Ce rapport peut être consulté sur le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC PROGRAMME 04
7 456 939 300 $

Le programme relatif à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services d'optométrie ;

- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la Régie. Ce rapport peut être consulté sur le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'ÉCART BUDGÉTAIRE PAR PROGRAMME

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2009-2010 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre le budget et la dépense probable pour l'exercice 2010-2011.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

		(000 $)			
		2009-2010	2010-2011		
PROGRAMME	DESCRIPTION	DÉPENSES	BUDGET	DÉPENSES PROBABLES	ÉCART
01	Fonctions nationales	492 536,0	489 731,3	497 439,3	(7 708,0)
02	Fonctions régionales	19 814 121,0	19 919 431,2	20 148 051,4	(228 620,2)
03	OPHQ	12 664,0	13 230,0	13 132,6	97,4
04	RAMQ	7 147 333,0	7 544 796,9	7 456 939,3	87 857,6
	Total	**27 466 654,0**	**27 967 189,4**	**28 115 562,6**	**(148 373,2)**

1. Le portefeuille sociosanitaire inclut une somme de 52 millions de dollars versée par la Société des loteries du Québec dans deux comptes à fin déterminée. Le premier, doté de 30 millions de dollars, sert à répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. Le second compte, doté de 22 millions de dollars, est utilisé pour la prévention du jeu pathologique, pour le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent ainsi que pour la prise en compte des conséquences sur l'entourage de ces personnes.

Le budget de dépenses initial du Ministère se chiffrait à 27 967,2 millions de dollars pour l'exercice 2010-2011. La dépense probable pour cet exercice est évaluée à 28 115,6 millions de dollars. L'écart est analysé pour chaque programme où une différence s'observe entre la somme prévue initialement et les dépenses probables :

- Pour les fonctions nationales, la dépense probable est supérieure au budget initial. Cette situation est causée principalement par les coûts du programme d'assurance hospitalisation hors Québec, pour lequel la dépense est supérieure à la prévision.
- Pour les fonctions régionales, la dépense probable est supérieure au budget initial. L'écart s'explique notamment par les ajustements à l'égard de la réforme comptable, des régimes de retraite et des ententes sectorielles résultant des dernières négociations. De plus, le budget ne tient pas compte des dépenses relatives aux activités visant à soutenir l'intégration et la francisation des immigrants ainsi que celles qui sont associées à la stratégie d'action jeunesse, dont le financement n'était pas inclus dans le budget de dépenses initial mais qui a fait l'objet de transferts au cours de l'exercice financier.

- Pour la RAMQ, la dépense probable est inférieure au budget initial. L'écart s'explique essentiellement par la dépense relative aux services pharmaceutiques, qui est restée en deçà de la prévision.

6.3 Les ressources informationnelles

La Direction générale des technologies de l'information du Ministère a un double mandat. D'une part, elle est responsable des infrastructures technologiques ministérielles et du soutien technique aux utilisateurs du Ministère. D'autre part, elle assure la gestion globale des services de technologies de l'information du réseau de la santé et des services sociaux.

LE MINISTÈRE

La gestion des ressources informationnelles pour le Ministère a donné lieu, au cours de l'année 2010-2011, à plusieurs réalisations, notamment :

- le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux qui se rapportent :
  - au registre des résidences privées pour personnes âgées,
  - aux informations sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés,
  - au registre des techniciens ambulanciers,
  - au suivi quotidien des urgences,
  - à la procréation assistée,
  - au suivi des projets immobiliers ;
- le redressement et le rehaussement des infrastructures technologiques et de la gestion du parc des postes de travail, qui a permis :
  - de réaliser les architectures technologiques nécessaires à l'amélioration de la sécurité des actifs informationnels et à la virtualisation des serveurs informatiques,
  - de réaliser l'architecture de filtrage Internet pour les usagers du Ministère,
  - de revoir l'architecture du réseau local et d'en planifier la mise à niveau,
  - de revoir l'approche de gestion à distance des postes de travail,
  - d'établir et d'appliquer les nouvelles règles de maintenance du parc des postes de travail,
  - d'élaborer la directive interne concernant l'usage des terminaux sans fil,
  - de confier le mandat visant à héberger et à exploiter les serveurs informatiques du Ministère et de convenir des paramètres administratifs et technologiques pour leur hébergement,
  - d'investir des efforts visant à sécuriser les actifs informationnels du Ministère ;

- le soutien technique aux utilisateurs des ressources informationnelles du Ministère, le personnel interne ayant traité :
  - 15 563 demandes de soutien informatique telles que du dépannage, des demandes d'installation de logiciels et de matériels ainsi que des demandes d'accès au réseau,
  - 2 249 demandes de réservation de la salle multimédia et de séances de visioconférence ;
- l'entretien, le maintien et l'inventaire du parc technologique du Ministère, qui se compose :
  - de 1 211 postes de travail,
  - de 282 portables.

LE RÉSEAU

Tel que cela a été mentionné précédemment, le Ministère assure la gestion globale des services de technologies de l'information pour le réseau. Afin de bien illustrer les diverses composantes, la présente section est divisée en cinq points : les projets de développement informatiques, le maintien des actifs d'intérêt commun, le Dossier de santé du Québec, les services de télécommunications et l'optimisation des technologies de l'information pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Le Ministère participe à la réalisation de certains projets de développement informatiques à l'intention du réseau. Une fois ces projets terminés et déployés, il assure les activités de maintien et d'entretien. Parmi tous les projets en cours, le Dossier de santé du Québec (DSQ) est sans contredit celui qui aura le plus d'incidence sur les intervenants.

De plus, la gouverne concernant certaines infrastructures technologiques en particulier, dont le réseau de télécommunication – qui a bénéficié d'un important rehaussement en 2010-2011 –, est assurée par le Ministère. En rapport avec les objectifs gouvernementaux de rationalisation des ressources, le Ministère a aussi entrepris des travaux suite à l'identification d'actifs ayant un potentiel d'optimisation prometteur.

Projets informatiques

Au cours de l'année 2010-2011, de nouveaux actifs informationnels ont été déployés et d'autres adaptés pour soutenir les intervenants dans la prestation des soins :

- Le déploiement du Système d'information pour les personnes ayant une déficience, entrepris en 2009-2010, s'est poursuivi pour s'étendre aux 22 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement et il s'est amorcé dans les 19 centres de réadaptation en déficience physique. Il permet aux cliniciens des établissements de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle de disposer d'une information qui facilite la prise en charge des usagers et aux gestionnaires de faire un suivi au quotidien des activités de l'organisation. De plus, il supporte la continuité des services et la gestion par résultats.
- L'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées s'est poursuivie et devrait se terminer en 2012. Au 31 mars 2011, 14 900 intervenants utilisaient le système dans 133 établissements et 86 200 évaluations des besoins des usagers avaient été traitées.

- En prévision de l'application, en 2012, des prescriptions de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives, des travaux majeurs ont été entrepris pour adapter le système informatique utilisé par les intervenants qui gèrent ces ressources.

- Le déploiement du système d'information qui permet de gérer la déclaration des incidents et des accidents dans les établissements du secteur sociosanitaire s'est poursuivi en 2011. Au 31 mars 2011, 460 000 rapports étaient enregistrés et 75 % des établissements publics ainsi que 80 % des établissements privés utilisaient le système.

- En vertu du règlement instituant le registre sur les enfants ayant fait l'objet d'un signalement, un système informatique a été développé et le registre a été implanté au cours de l'année 2010-2011.

- Les travaux relatifs au remplacement du système TOXIN du Centre antipoison du Québec ont commencé.

- Le mandat concernant la création du registre québécois du cancer a été confié à la RAMQ, qui a entrepris les travaux nécessaires en 2010-2011.

- Le Système d'information registre des traumatismes du Québec inclut deux systèmes informatiques : l'application utilisée dans les centres hospitaliers désignés en traumatologie pour la saisie des données des cas de traumatismes et la banque de données ministérielle de ce système à vocation informationnelle, hébergée dans l'environnement informationnel de la RAMQ. L'année 2010-2011 a permis d'apporter des améliorations à l'application opérationnelle et de mettre en opération des outils d'interrogation des données, à l'intention de chaque centre hospitalier.

- Le Ministère a commencé à implanter, le 19 mai 2009, un nouveau processus d'informatisation des GMF mieux adapté à la réalité des cliniques médicales. Au 31 mars 2011, 142 GMF dont les services informatiques avaient migré selon le nouveau processus ont été pris en charge par l'équipe suprarégionale et 55 autres ont été confirmés conformes aux exigences informatiques.

- Le 31 mars 2011 se terminait le projet d'implantation du système d'information et de gestion des départements d'urgence. Les deux tiers des urgences québécoises sont maintenant dotées d'un logiciel homologué qui, à terme, alimentera une console provinciale des urgences et une banque de données communes permettant de suivre en temps réel l'achalandage dans les urgences.

- Au cours de l'année 2010-2011, il a été convenu de réaliser un dossier d'affaires dans le cadre de la refonte du système de dépistage du cancer du sein. Cette démarche s'est avérée nécessaire afin de mieux répondre aux besoins des intervenants.

- La phase de déploiement du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés – volet chirurgie a été officiellement complétée en 2010-2011. Afin d'éliminer la double saisie, plusieurs des changements demandés ont été apportés et des interfaces utilisant la norme d'interopérabilité HL7 ont été implantées dans les établissements.

- Le processus d'homologation des dossiers médicaux électroniques a été lancé au mois de février 2011. De plus, les solutions d'aviseur pharmacothérapeutique avec fonction de prescription ont été officiellement certifiées conformes au Système québécois d'information sur les médicaments.

- Au 31 mars dernier, des travaux d'architecture technologique ainsi qu'un dossier d'affaires ont permis de déterminer les bénéfices de l'optimisation du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance.

Maintien des actifs d'intérêt commun

Afin d'optimiser les opérations, le Ministère a confié, au cours de l'été 2010, à la Direction générale des technologies de l'information le mandat d'assurer la gouverne des actifs d'intérêt commun dont la gestion est assurée par la SOGIQUE.

Au 31 mars 2011, les orientations ministérielles et les principes directeurs avaient été définis et leur mise en œuvre avait commencé. De plus, une analyse sur l'état des actifs était en cours pour soutenir la priorisation des travaux à effectuer en 2011-2012 relativement au maintien des actifs.

Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un outil électronique de partage d'information sécurisée entre professionnels de la santé autorisés qui leur permettra de consulter les informations cliniques des citoyens du Québec, quel que soit le lieu où le service est fourni. Un citoyen pourra cependant signifier son refus de donner accès aux informations qui le concernent.

Plusieurs projets concourent à la mise en œuvre du Dossier de santé du Québec. En résumé, le degré d'avancement de chacun de ces projets est le suivant :

- L'imagerie diagnostique : le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images numérisées est terminé, avec 99,5 % d'images numérisées. En ce qui a trait aux images numérisées par les applications locales, 58,2 % d'entre elles sont enregistrées dans les répertoires suprarégionaux. Les travaux permettant la visualisation des images et des rapports dans le cadre du projet expérimental DSQ de la région de la Capitale-Nationale ont débuté.

- Les résultats des laboratoires : trois laboratoires de la région de la Capitale-Nationale ont été intégrés au projet d'expérimentation, à la fin du mois de février 2011.

- Les médicaments : l'ordonnance électronique s'est ajoutée au profil pharmacologique dans le cadre du projet expérimental. Le déploiement dans la région de la Capitale-Nationale commencera au cours de 2011.

- La télésanté, dont les volets suivants :

  – la téléformation et le soutien clinique multidisciplinaire avancent, leur déploiement se situe à 12 %. Celui des centres de télésoins à domicile s'achève pratiquement et les cibles d'utilisation sont atteintes (RUIS de l'Université de Montréal) ;

- le déploiement de la télévisite du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile est terminé et ses 26 bornes mobiles dédiées aux patients à distance sont opérationnelles. Le centre virtuel de santé et des services sociaux a quant à lui formé 203 ressources et son déploiement a atteint 60 % (RUIS de l'Université McGill) ;
- le déploiement de la télépathologie a atteint 90 % des installations opérationnelles et vise l'ajout à la portée initiale de trois équipements pour trois nouveaux sites. La téléconsultation et le soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires ont commencé et leur déploiement se situe à 5 % (RUIS de l'Université Laval) ;
- la téléassistance en soins de plaies est opérationnelle dans 82 % des sites visés. En ce qui a trait à la téléformation et à la téléconsultation en multispécialités, le déploiement atteint 24 % (RUIS de l'Université de Sherbrooke).

• La protection en santé publique : pour assurer une meilleure couverture des services de santé publique au regard des produits immunisants, le projet Panorama sera déployé au niveau local. Ainsi, pour le volet gestion des produits immunisants :

- les infrastructures pouvant accueillir la solution et sa mise en production sont prêtes depuis décembre 2010 ;
- la configuration québécoise de la solution pancanadienne du volet gestion des produits immunisants est terminée depuis janvier 2011 ;
- en février 2011, les super-utilisateurs de la région pilote (Chaudière-Appalaches) avaient été formés et préparaient les essais d'acceptation.

Échéancier des phases de conception et de réalisations des projets

Le tableau ci-haut présente l'échéancier des projets pour les phases de conception et de réalisation ; le déploiement constitue l'étape subséquente.

L'échéancier a été ajusté suite à la révision du contenu des projets et des contraintes d'interopérabilité entre les différentes composantes du DSQ.

Le projet expérimental a progressé, au cours de l'année, dans la région de la Capitale-Nationale. Des travaux ont été entrepris afin de piloter, par l'entremise du DSQ, l'intégration de l'ordonnance électronique des applications en GMF aux systèmes en pharmacies communautaires. Ces travaux visaient également à vérifier la performance de l'infrastructure en ajoutant les résultats de trois laboratoires au pilotage en cours. En prévision du pilotage de l'imagerie prévue dès septembre 2011, des activités préparatoires ont été réalisées avec le répertoire d'imagerie du RUIS de l'Université Laval.

Sur le plan financier, les dépenses totales du DSQ au 31 mars 2011 s'établissaient à 346,6 millions de dollars, sur des investissements prévus de 562,6 millions de dollars. Le tableau de la page suivante présente le contour financier 2007-2011, incluant la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada et celle du gouvernement du Québec, ainsi que le montant des dépenses réelles au 31 mars 2011.

Par ailleurs, le ministre annonçait, le 22 mars 2011, la mise en place de nouveaux mécanismes de gouvernance pour assurer le déploiement harmonisé de l'informatisation du réseau. En outre, les arrimages nécessaires entre les composantes du DSQ et les initiatives d'utilisation de dossiers cliniques informatisés ainsi que de dossiers médicaux électroniques dans le secteur sociosanitaire seront effectués. Le Bureau de programme pour l'informatisation est créé ; il est chargé d'encadrer, de superviser et de coordonner l'informatisation du réseau sociosanitaire ainsi que l'ensemble des initiatives visant la mise en œuvre efficace du Dossier de santé électronique, ce qui implique la finalisation de ce dossier et son arrimage avec le dossier clinique informatisé et le dossier médical électronique.

Services de télécommunications

En ce qui concerne les services de télécommunications, le projet visant à migrer l'ensemble des sites de la santé et des services sociaux sur le nouveau réseau intégré de télécommunication multimédia était finalisé en date du 31 mars 2011. Le Ministère a profité de l'occasion qu'offrait ce projet pour porter à 61 % le nombre de sites dotés d'une technologie de télécommunication améliorée, ce qui permettra de réaliser les projets actuels et futurs concernant les technologies de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux.

D'autres travaux dans le domaine des télécommunications auront quant à eux permis, en 2010-2011 :

- de rehausser les moyens de télécommunication de la région du Nunavik et de ses quatorze communautés afin de permettre, entre autres, l'instauration d'un programme de télémédecine fonctionnel ainsi que d'accroître l'accessibilité, pour les intervenants du Nunavik, aux applications cliniques et médico-administratives en usage dans les autres régions du Québec ;
- de définir la vision du réseau de télécommunication pour les prochaines années ;
- d'élaborer l'architecture du service de visioconférence pour la télésanté et les services administratifs ;
- de revoir l'ensemble des activités liées à la gestion opérationnelle du volet santé et services sociaux du réseau intégré de télécommunication multimédia, volet confié à SOGIQUE.

Dossier de santé du Québec: contour financier et dépenses

PROJETS LIÉS AU DSQ		CONTOUR FINANCIER DU PLAN D'AFFAIRES 2007-2011	CONTRIBUTION ATTENDUE D'ISC	CONTRIBUTION DU QUÉBEC	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 2011
	PROPRIÉTAIRES	COÛTS (EN MILLIONS DE DOLLARS)			
Couche d'accès à l'information de santé (incluant les adaptations à SécurSanté)	CHQ	27,5	22,2	5,3	26,3
Consentement :					
▪ Registre des consentements	RAMQ	4,4	–	4,4	4,0
▪ Service de gestion	CHQ	5,6	–	5,6	2,4
Imagerie diagnostique	ASSS Mtl	111,8	71,9	39,9	82,2
Index patient maître	CHQ	22,0	10,0	12,0	20,8
SécurSanté (initialement appelé Infrastructure à clé publique)	RAMQ	25,2	–	25,2	9,8
Médicaments	RAMQ	44,9	38,2	6,7	34,1
Registres des intervenants et des usagers (incluant le service de localisation)	RAMQ	27,8	10,0	17,8	21,3
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées	ASSS Mtl	4,2	4,0	0,2	2,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	12,8	9,4	3,4	13,3
Télésanté	CHQ	45,6	19,5	26,1	17,4
Visualiseur du dossier de santé électronique, dossier de santé électronique et laboratoires (incluant les services régionaux de conservation)	ASSS Mtl	99,3	89,6	9,7	52,9
Coûts des activités communes aux projets :					
▪ Intérêts		27,0	–	27,0	4,7
▪ Administration		19,9	–	19,9	15,1
▪ Architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,1	16,9	4,2	18,9
▪ Mise en œuvre et déploiement régional et du Réseau de soutien et de validation par les pairs		59,2	8,0	51,2	20,5
▪ Évaluation des bénéfices		4,3	3,3	1,0	0,9
Total		**562,6**	**303,0**	**259,6**	**346,6**

Légende

DSQ Dossier de santé du Québec
ISC Inforoute Santé du Canada
CHQ Corporation d'hébergement du Québec
RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec
ASSS Mtl Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
INSPQ Institut national de santé publique du Québec

Optimisation des technologies de l'information pour le réseau de la santé et des services sociaux

Dans un contexte de ressources limitées, il convient d'exploiter à leur plein potentiel les ressources en matière de technologies de l'information consacrées aux services de santé et aux services sociaux. L'apport de ces technologies quant à l'atteinte de l'objectif gouvernemental de limiter la croissance des dépenses de santé se concrétisera principalement par la réalisation des sept dossiers nationaux d'optimisation, qui portent sur :

- l'implantation de la téléphonie (IP) dans toutes les organisations du réseau ;
- le regroupement des achats pour la téléphonie cellulaire (voix et données) ;
- le rehaussement des infrastructures de la visioconférence ;
- la mise en place d'un seul service de courrier électronique dans le réseau ;
- la gestion regroupée du parc des postes de travail normalisés ;
- le regroupement des centres de traitement des données ;
- la gouvernance du maintien des actifs d'intérêt commun.

Pour chacun de ces projets, les orientations ministérielles, les bénéfices potentiels, les attentes envers les agences et les cibles régionales ont été fixés.

PARTIE 7

L'APPLICATION DE CERTAINES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES

7.1 L'accès à l'égalité en emploi

LES MEMBRES DE COMMUNAUTÉS CULTURELLES, LES ANGLOPHONES, LES AUTOCHTONES ET LES PERSONNES HANDICAPÉES

En 2010-2011, le Ministère a poursuivi ses efforts au regard de l'objectif gouvernemental visant une fonction publique qui reflète davantage les diverses composantes de la société québécoise. Malgré le bassin restreint de candidats appartenant aux groupes cibles auquel il a eu accès, le Ministère est parvenu à recruter 26 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 13 % de l'ensemble des personnes embauchées. Les données présentées ci-dessous comprennent les effectifs du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Taux d'embauche des membres de groupes cibles, par statut d'emploi, 2010-2011

STATUTS D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE 2010-2011	COMMUNAUTÉS CULTURELLES	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI[1]
Réguliers[2]	38	6	1	1	1	9	24 %
Occasionnels[3]	101	4	1	0	0	5	5 %
Étudiants	55	6	2	0	0	8	15 %
Stagiaires	13	4	0	0	0	4	31 %
Total	**207**	**20**	**4**	**1**	**1**	**26**	**13 %**

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre total de personnes issues du groupe visé dans un statut donné, par rapport à l'embauche totale 2010-2011 dans le statut d'emploi.
2. Les données sur l'embauche du personnel régulier ne concernent que les recrutements.
3. Les données sur l'embauche du personnel occasionnel ne concernent que les nouvelles entrées en fonction durant la période visée, ce qui exclut les employés occasionnels inscrits sur des listes de rappel ainsi que ceux qui sont déjà en fonction et dont le contrat a été renouvelé.

Au cours des trois dernières années, l'embauche de stagiaires a constitué un moyen d'attraction bénéfique au regard de la représentativité des membres de groupes cibles au sein de l'organisation. L'embauche de stagiaires continuera d'être un moyen à privilégier, compte tenu des avantages qu'une telle main-d'œuvre représente sous l'angle de la relève.

Évolution du taux d'embauche global des membres de groupes cibles, par statut d'emploi, de 2008-2009 à 2010-2011

EXERCICES	RÉGULIERS	OCCASIONNELS	ÉTUDIANTS	STAGIAIRES
2008-2009	17 %	8 %	26 %	0 %
2009-2010	30 %	10 %	23 %	8 %
2010-2011	24 %	5 %	15 %	31 %

Au regard de la représentativité des personnes handicapées, ces dernières composent 2 % de l'effectif régulier du Ministère en date du 31 mars 2011, ce qui correspond à la cible gouvernementale fixée pour la fonction publique.

Malgré les efforts déployés, le taux de représentativité des membres issus des communautés culturelles par rapport à l'ensemble de l'effectif régulier s'établit à 5 %, mais reste en deçà de la cible gouvernementale fixée à 9 %. La situation peut s'expliquer par le fait que la majorité des emplois au Ministère sont situés à Québec et que les membres des communautés culturelles vivent principalement dans la région de Montréal. Si elle est stable depuis 2008-2009, la proportion a toutefois augmenté de façon significative au cours des dernières années puisqu'elle est passée de 2 % en 2005-2006 à 5 % en 2010-2011. Le Ministère poursuit ses efforts en vue d'atteindre la cible gouvernementale.

Évolution du taux de représentativité des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, au 31 mars 2009, 2010 et 2011

GROUPES CIBLES	2009		2010		2011	
	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS EN PLACE	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS EN PLACE	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS EN PLACE	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL
Communautés culturelles	34	5 %	32	5 %	32	5 %
Autochtones	3	0 %	4	1 %	5	1 %
Anglophones	3	0 %	4	1 %	5	1 %
Personnes handicapées	12	2 %	9	1 %	10	2 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier: résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2011

GROUPES CIBLES	PERSONNEL D'ENCADREMENT		PERSONNEL PROFESSIONNEL[1]		PERSONNEL TECHNICIEN		PERSONNEL DE BUREAU		PERSONNEL OUVRIER		TOTAL	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	0	0 %	20	5 %	5	6 %	7	8 %	0	0 %	32	5 %
Autochtones	0	0 %	5	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	5	1 %
Anglophones	1	1 %	4	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	5	1 %
Personnes handicapées	1	1 %	5	1 %	1	1 %	3	3 %	0	0 %	10	2 %

1 Comprenant ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes

LA REPRÉSENTATION FÉMININE

Depuis plusieurs années, le Ministère assure aux femmes une place de choix dans tous les statuts d'emploi, ce qui leur donne un taux de représentativité élevé par rapport à l'ensemble du personnel. Au 31 mars 2011, les femmes représentaient 65 % de l'effectif régulier du Ministère. Si l'on ne prend en considération que les emplois d'encadrement, les femmes constituent 51 % de l'effectif. Les données présentées comprennent les effectifs du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que ceux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Taux d'embauche des femmes, 2010-2011

	RÉGULIERS	OCCASIONNELS	ÉTUDIANTS	STAGIAIRES	TOTAL
Nombre de femmes embauchées	27	88	35	6	156
Pourcentage par rapport au nombre total d'embauches en 2010-2011	71 %	87 %	64 %	46 %	75 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2011

	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL[1]	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PERSONNEL OUVRIER	TOTAL
Nombre d'employés ayant le statut d'employé régulier	72	376	90	88	0	626
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulier	37	214	71	85	0	407
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	51 %	57 %	79 %	97 %	0 %	65 %

1 Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

MESURES OU ACTIONS FAVORISANT L'EMBAUCHE, L'INTÉGRATION ET LE MAINTIEN EN EMPLOI

En ce qui a trait aux mesures ou aux actions visant à favoriser l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi de son personnel en 2010-2011, le Ministère a poursuivi ses efforts visant l'embauche de personnes appartenant à des groupes cibles, notamment par l'adoption de pratiques de gestion favorisant le recrutement de ces personnes.

7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

En 2006, le gouvernement lançait sa politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes, intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, par l'entremise du plan d'action 2007-2010 lié à cette politique, à réaliser certains engagements en tant que ministère responsable, coresponsable ou partenaire.

Ces engagements ont fait l'objet d'une reddition de comptes annuelle en 2008, 2009 et 2010 ainsi que d'un bilan triennal diffusé par le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine à l'automne 2010. Ce bilan a été déposé lors d'une commission parlementaire sur les relations avec les citoyens tenue du 19 janvier au 4 février 2011.

Par ailleurs, l'application du Plan d'action 2007-2010 pour l'égalité entre les femmes et les hommes a été prolongée d'une année. Le Ministère, comme les autres partenaires, a été invité à préparer ses nouveaux engagements, qui seront confirmés dans le Plan d'action 2011-2015, en vue d'atteindre l'égalité entre les femmes et les hommes.

LANCEMENT DU NOUVEAU PLAN D'ACTION EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES 2010-2013, *AU FÉMININ... À L'ÉCOUTE DE NOS BESOINS*

Le Ministère s'est engagé, dans le cadre du Plan d'action 2007-2010 pour l'égalité entre les femmes et les hommes, à élaborer un deuxième plan d'action visant à promouvoir la santé et le bien-être des femmes (action 44).

Lancé en décembre 2010, ce nouveau plan d'action ministériel couvre la période 2010-2013 et est structuré autour de trois grandes orientations :

- améliorer la connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être ;
- adapter des soins et des services aux besoins des Québécoises ;
- intégrer les besoins particuliers des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins et des services.

Il regroupe un ensemble d'actions déjà en cours ou à venir, dont plusieurs sont liées à des engagements ministériels reconnus. Il identifie les principales problématiques qui caractérisent les questions de santé et de bien-être des Québécoises. Il cible aussi des clientèles féminines connaissant des situations particulières de discrimination et de vulnérabilité, notamment les femmes issues des communautés autochtones ou des communautés culturelles, les femmes qui ont une ou plusieurs limitations fonctionnelles, celles qui vivent dans la pauvreté, celles qui tirent des revenus d'activités sexuelles et celles qui sont d'orientation homosexuelle.

Le plan d'action 2010-2013 s'inscrit en continuité avec les objectifs ministériels et de la stratégie d'action au regard de la santé et du bien-être des femmes, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins* lancée en 2003. Élaboré en fonction de l'analyse différenciée selon les sexes, il présente un grand nombre de données actualisées sur la situation des femmes appartenant aux groupes précités ainsi que sur l'évolution de la situation des femmes en fonction des secteurs d'intervention retenus, soit :

- les habitudes de vie ;
- la sexualité saine et responsable ;
- la santé physique ;
- la santé mentale ;
- la périnatalité ;
- la violence conjugale et sexuelle ;
- l'exploitation sexuelle ;
- le vieillissement ;
- l'aide aux proches ;
- les travailleuses du réseau.

On y présente des actions spécifiques et des actions visant une clientèle majoritairement féminine pour ces secteurs d'intervention, ainsi que les objectifs du Ministère en matière de coordination et de concertation intraministérielle et avec le réseau, de même qu'en matière de concertation avec ses partenaires gouvernementaux – dont le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine –, aux fins de la mise en œuvre de la politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

Le suivi des 80 actions qui y sont inscrites sera effectué à l'aide d'un tableau de bord regroupant les indicateurs de résultats, lequel servira à dresser le bilan de mi-parcours et le bilan triennal de ce plan d'action.

L'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES

Le Ministère poursuit son engagement en faveur de l'implantation de l'analyse différenciée selon les sexes dans ses pratiques de planification et de gestion. En 2010-2011, il a poursuivi l'intégration de ce type d'analyse au projet de plan d'action interministériel en itinérance, pour des actions ciblées qui seront déployées dans le réseau ou sur le plan national.

Le Ministère a par ailleurs terminé la recherche documentaire appuyant le projet d'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches (volets soutien aux proches aidants et hébergement).

De plus, le Ministère maintient les projets déjà identifiés pour ce type d'analyse dans le cadre de la poursuite de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, et il ciblera, dans la version mise à jour en 2008 du Programme national de santé publique 2003-2012, les activités auxquelles cette analyse s'appliquera.

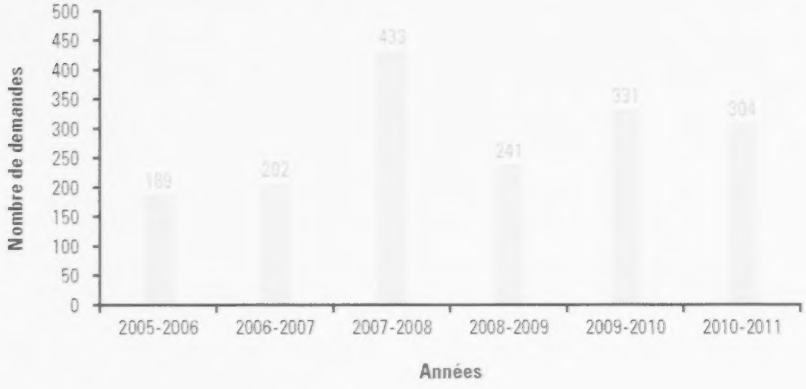
Enfin, de nouveaux projets d'analyse différenciée selon les sexes ont été identifiés en 2010-2011, soit :

- la création d'une section sur les indicateurs nationaux et régionaux au regard de la santé et du bien-être des femmes et des hommes, qui sera mise en ligne sur le site Web du Ministère ;
- la préparation du prochain Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011, qui présentera des données ventilées selon les sexes ;
- l'intégration de ce type d'analyse au Programme de qualification des jeunes, en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec ;
- l'intégration de ce type d'analyse à des activités de formation et de recherche en santé mentale.

7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2010-2011, le Ministère a reçu 304 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. De ce nombre, 248 visaient l'obtention de documents administratifs (82 %) et 56 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (18 %).

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière



Parmi les demandes de 2010-2011, 49 % ont eu pour résultat un accès total ou partiel, 10 % se sont soldées par un refus de communication – principalement en raison des articles 18, 20, 34, 37, 39, 53 et 54 de la Loi – et 41 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 72 % des cas. Quinze recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Nombre de demandes ayant obtenu une réponse du Ministère, selon le type de demande, 2009-2010 et 2010-2011

TYPE DE DEMANDE	2009-2010	2010-2011
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	498	346
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	505	412
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	45	49

Le comité sur l'accès à l'information, sur la protection des renseignements personnels et sur la sécurité de l'information s'est assuré de la diffusion, sur le site Web du Ministère, de tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels. Le comité s'est également prononcé sur un projet de procédure concernant la prise en compte de la sécurité et de la protection des renseignements personnels en vue d'assurer le respect des obligations prévues à l'article 7 du Règlement sur les systèmes d'information. Enfin, la sensibilisation et la formation du personnel au sujet des obligations et des pratiques en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels ont constitué une part importante de l'activité du responsable de l'accès et de son personnel, qui ont dû répondre à plus de 340 demandes de renseignements et d'avis en plus de participer à l'accueil des nouveaux employés.

7.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée en novembre 1999, à la suite de la diffusion de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

La mise à jour de la politique gouvernementale s'est poursuivie en 2010-2011. Le Ministère y a participé en formulant ses commentaires au Secrétariat à la politique linguistique du Conseil exécutif à deux occasions, soit en juin 2010 et en décembre 2010.

En raison de cette mise à jour, le Comité permanent sur le suivi de la politique linguistique ministérielle a reporté la révision de la politique du Ministère à l'exercice financier 2011-2012. Les travaux débuteront dès la diffusion de la nouvelle politique gouvernementale par le Secrétariat à la politique linguistique. La politique ministérielle révisée, qui s'inscrira dans la perspective de la politique gouvernementale, tiendra compte de la mission ainsi que des enjeux propres au réseau de la santé et des services sociaux.

En 2010-2011, le Ministère n'a reçu aucune plainte de l'Office québécois de la langue française. Les communications et les activités du personnel du Ministère se sont déroulées dans le respect de la politique linguistique ministérielle.

7.5 Les changements climatiques

Dans son rapport annuel de gestion, le Ministère effectue une reddition de comptes des mesures 16, 17 et 21 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques.

Les travaux en matière d'efficacité énergétique au ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrivent depuis 2006 dans le cadre de la Stratégie énergétique du Québec et de la mesure 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques, qui demandaient au réseau de la santé et des services sociaux d'avoir, en 2010, réduit l'intensité énergétique de ses bâtiments de 14 % par rapport à 2003.

Les résultats spécifiques à cette mesure pour l'année 2010-2011 ont été présentés à la partie 4 du présent document, sous l'action 12 du Plan d'action de développement durable 2009-2013. Globalement, depuis 2006, l'ensemble des projets autorisés a reçu un total de 49 millions de dollars en subventions de la part du Ministère, dans le cadre de son programme pour les énergies renouvelables, et a fait l'objet de 203 millions de dollars en emprunts autofinancés, dont le solde après remboursement est de 151 millions de dollars. Ces projets permettront de générer près de 35 millions de dollars en économies d'énergie annuelles.

En ce qui concerne la mesure 17, le comité ministériel de navettage durable a été créé au cours de la dernière année. Ses travaux ont mené à l'élaboration du premier Programme de navettage durable 2011-2013, adopté par le comité de direction du Ministère et approuvé par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.

Ce programme contient plusieurs mesures qui permettront de réduire les émissions de gaz à effet de serre dues aux déplacements des employés pour le trajet qui sépare leur lieu de travail de leur domicile. Entre autres, le programme annonce :

- des mesures incitatives favorisant le transport actif et le transport en commun ;
- l'implantation d'un logiciel pour le covoiturage ;
- un programme de retour garanti à domicile.

Au 31 mars 2011, le programme était toujours à l'étude, dans le cadre du processus d'approbation des deux ministères qui en sont responsables. Il fait partie intégrante du programme Vivactif du Ministère, lequel vise le maintien de la certification « Entreprise en santé ».

La mesure 21 porte quant à elle sur la mise en place de « mécanismes qui permettront de prévenir et d'atténuer les impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité publiques ». À cette fin, le Ministère a confié à l'Institut national de santé publique du Québec la coordination de différents projets ciblant le développement de systèmes de veille-avertissement et de surveillance santé en temps réel, l'adaptation de la gestion clinique, sociale et matérielle du réseau de la santé et des services sociaux, le soutien à l'aménagement préventif des lieux et des espaces habités ainsi que l'amélioration des connaissances de la population et des cliniciens sur le sujet.

De plus, afin de présenter et de promouvoir différentes techniques de construction et d'aménagement qui permettent de réduire le phénomène d'îlot de chaleur urbain, deux appels d'offres ont été lancés. Le premier appel de propositions a eu lieu en août 2009 pour des projets de plus de 500 000 $; le deuxième appel d'offres, un an plus tard, s'appliquait à des projets de moins de 500 000 $. À l'occasion de ce dernier appel d'offres, 82 projets ont été soumis et 27 d'entre eux ont reçu une subvention totale de plus de 3 millions de dollars. Tous les projets devront être terminés avant le mois de décembre 2012.

7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2010-2011, les membres de cette table se sont réunis à cinq reprises, sous la présidence du directeur général des services de santé et de la médecine universitaire du Ministère, le Dr Michel A. Bureau. De plus, sept tables sectorielles ont été en activité dans les domaines suivants : cardiologie tertiaire, douleur chronique, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, génétique, mère-enfant, soins infirmiers ainsi que télésanté.

À la fin de l'année, la création d'une nouvelle table sectorielle ayant pour thème le vieillissement a été acceptée. Cette table sera présidée par le Dr Pierre Durand et réunira des intervenants du milieu de la santé physique et du milieu des services sociaux.

Au cours de ses réunions, la Table de coordination nationale a notamment abordé les dossiers suivants, pour lesquels le soutien des différents RUIS est nécessaire : le continuum des services offerts aux personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral ; l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier ; la gestion de la douleur chronique ; l'intégration des médecins diplômés hors Canada et États-Unis ; le plan quinquennal des effectifs médicaux et les « portfolios » des hôpitaux ; les heures de garde des résidents ; l'expertise en médecine transfusionnelle ; la fécondation *in vitro*. Tous ces dossiers ont évolué favorablement en cours d'année.

Les travaux des tables sectorielles suivantes sont à souligner :

- cardiologie tertiaire : prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST, évolution du dossier et banque de données provinciale ;
- douleur chronique : actualisation du plan d'action de chaque centre d'expertise, détermination des critères pour les centres régionaux, regard critique sur la neuromodulation ;
- mère-enfant : néonatologie (consolidation des centres secondaires, soins de première ligne en obstétrique et en pédiatrie pour les enfants de 0 à 5 ans) ;
- soins infirmiers : formation et déploiement des infirmières praticiennes spécialisées.

7.7 L'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique

L'éthique constitue une préoccupation fondamentale et constante pour le gouvernement du Québec. L'importance de ce principe s'est traduite par l'adoption, en 2002, du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, auquel tous les organismes publics sont soumis. En 2010-2011, aucune infraction au règlement sur l'éthique n'a été relevée au sein de l'organisation.

L'action du Ministère s'est poursuivie sur le plan de la prévention, de l'information et de la sensibilisation du personnel, tant au chapitre du lobbyisme qu'à celui de l'infrastructure éthique de l'administration publique québécoise. Ainsi, une présentation concernant la Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme a été faite par un représentant du Commissaire au lobbyisme devant le comité de direction du Ministère et, par la suite, devant tous les gestionnaires à l'occasion d'une rencontre trimestrielle des cadres. De plus, l'infrastructure de l'éthique dans la fonction publique a été présentée à toutes les séances d'accueil du nouveau personnel du Ministère.

Enfin, au cours de l'exercice 2010-2011, cinq consultations ont été accordées à des gestionnaires et à des membres du personnel. Deux d'entre elles concernaient l'interprétation de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, qui stipule que « le fonctionnaire ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste ». Les trois autres demandes ont porté sur l'application de l'article 5 de ce même règlement, lequel article porte sur l'obligation du fonctionnaire d'éviter de se mettre dans une situation de conflit d'intérêts réel ou apparent.

7.8 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013, titré *La diversité : une valeur ajoutée*

La politique gouvernementale visant à favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, intitulée *La diversité : une valeur ajoutée*, et le Plan d'action 2008-2013 qui l'accompagne pour en assurer la mise en œuvre ont été lancés en octobre 2008. Ils s'articulent autour de trois grandes orientations et de huit choix stratégiques :

- Reconnaître et contrer les préjugés et la discrimination :
  - Éduquer et sensibiliser,
  - Favoriser le rapprochement interculturel ;
- Renouveler les pratiques :
  - Assurer l'accès, le maintien et la progression en emploi,
  - Favoriser un accès équitable aux services publics,
  - Améliorer le respect et l'exercice des droits ;
- Coordonner les efforts :
  - Impliquer la société civile et accroître les partenariats,
  - Stimuler et déployer les efforts gouvernementaux,
  - Évaluer et mesurer la discrimination.

Le Ministère s'est engagé au regard de quatre mesures inscrites dans le Plan d'action 2008-2013.

34 C : *Favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes Québécois des communautés culturelles au moyen du programme Qualification des jeunes.*

Le programme Qualification des jeunes prévoyait toucher 730 jeunes en 2010-2011.

Comme c'est le cas pour les autres mesures offertes par les centres jeunesse du Québec, certains jeunes participants appartiennent à l'une ou l'autre des communautés ethnoculturelles – particulièrement dans la région de Montréal.

Cependant, en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, on ne peut pas identifier les jeunes ni confirmer leur nombre.

41 K : *Enrichir les programmes-cadres de formations interculturelles offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et de prévenir la discrimination lors de la prestation des services.*

Le Ministère a conçu et publié, voilà une dizaine d'années, deux programmes-cadres balisant la formation des intervenants et des gestionnaires du réseau en matière de relations interculturelles : « L'approche clientèle dans un contexte interculturel » et « Gestion de la diversité

en contexte d'une approche-clientèle et d'une gestion des ressources humaines axée sur les résultats ». Plusieurs établissements ont, depuis ce temps, conçu des programmes de formation plus adaptés à leurs besoins.

Au cours de l'année 2009-2010, le Ministère a pris la décision de faire l'inventaire de tous les programmes de formation interculturelle offerts dans le réseau, inventaire qu'il a commencé en 2010-2011. De plus, le Ministère travaille présentement à dresser un portrait de l'offre des cours à volet interculturel dans les différents cursus des professionnels de la santé[8] sur le territoire québécois.

41 L : *Documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux afin d'établir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le réseau.*

À partir du 1er avril 2009, les établissements du réseau ainsi que les agences de la santé et des services sociaux ont répertorié les plaintes pour motifs de discrimination ou de racisme dans le système de traitement des plaintes. Leurs rapports sur les plaintes de 2009-2010 ont été produits à l'automne 2010.

Une analyse effectuée en 2010-2011 a permis de constater que, selon ces rapports, des plaintes pour un motif de discrimination ou de racisme ont été enregistrées dans quatre régions principalement[9].

41 M : *Stimuler les efforts de recherche sur l'influence du racisme et de la discrimination sur la santé afin d'améliorer les orientations et les programmes ministériels et de mettre en œuvre des interventions visant la réduction des inégalités sociales de la santé.*

Des établissements du réseau ont mené ou mènent actuellement diverses recherches en matière d'adaptation des services aux réalités ethnoculturelles. En 2010-2011, le Ministère a commencé à faire l'inventaire des projets de recherche traitant ou exigeant la participation des communautés ethnoculturelles à partir de l'attribution des contrats de recherche, au cours des dix dernières années, par les Instituts de recherche en santé du Canada et le Fonds de la recherche en santé du Québec.

Parallèlement, le Ministère dresse un portrait en résumant les articles de recherche les plus pertinents des dix dernières années relativement à des projets du Québec et du Canada sur ces questions.

8. Ergothérapie, gérontologie, kinésiologie, médecine, médecine dentaire, nutrition, pharmacie, physiothérapie, psychologie, sciences infirmières, service social ou toute autre profession jugée pertinente au regard du secteur de la santé et des services sociaux.

9. Une démarche entreprise auprès des commissaires locaux et régionaux a permis de constater que certaines plaintes se sont retrouvées dans la catégorie « discrimination-racisme » alors qu'il n'était pas question de discrimination au sens où la conçoit la politique gouvernementale. Des modifications visant à préciser la définition des concepts de *discrimination* et de *racisme* sont donc à prévoir.

7.9 La Politique de financement des services publics

En vertu de la Politique de financement des services publics annoncée à l'occasion du dépôt du budget 2009-2010, le Ministère doit rendre compte de son processus tarifaire, et ce, autant pour lui-même que pour les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux sous sa responsabilité.

Il s'avère que plusieurs tarifs sont fixés par le Ministère pour des biens et des services rendus par le Ministère et son réseau. Compte tenu de la nature des services fournis et du nombre de tarifs, les prochaines pages présentent de façon distincte le processus tarifaire du Ministère, celui du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celui du transport préhospitalier d'urgence. Pour sa part, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) rend compte de son processus tarifaire dans son propre rapport annuel de gestion.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les revenus du Ministère proviennent de diverses sources : vente de permis, services administratifs, primes payées par les ressortissants étrangers en vertu du programme d'assurance hospitalisation pour les étrangers et recouvrement de la tierce responsabilité. L'administration de ces deux dernières sources de revenus est confiée à la RAMQ.

Revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2010-2011
7,63 M$	6,68 M$

Revenus et coûts estimés détaillés

Les permis : Il s'agit des frais facturés pour l'octroi des permis de radiologie, de biologie médicale, d'orthèses et de prothèses, de directeur de funérailles et de centre médical spécialisé. Depuis 2010-2011, cette catégorie inclut les permis pour les centres de procréation assistée.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
1,66 M$	0,71 M$

Les tarifs apparaissent sur le site Web du Ministère. Ils ont été fixés initialement dans les lois et règlements correspondants. Ils sont indexés annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation. La dernière indexation date du 1er janvier 2011.

Les services administratifs : Il s'agit en majeure partie des abonnements et des renouvellements d'abonnement au manuel de gestion financière.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
0,01 M$	0,01 M$

Les tarifs apparaissent sur le site Web du Ministère. Ils ont été fixés historiquement en fonction des coûts. Les tarifs étaient jusqu'ici modifiés tous les trois ans, selon une indexation annuelle rétroactive. La dernière indexation a été effectuée le 1er janvier 2010 en fonction de l'indice des rentes. À compter du 1er janvier 2012, les tarifs seront indexés annuellement en fonction de cet indice.

L'assurance hospitalisation pour les étrangers : Le programme pour les ressortissants étrangers à prime permet aux citoyens étrangers travaillant au Québec, au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec ou au service d'un organisme reconnu par le gouvernement du Québec et relevant d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec, de bénéficier des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie. Pour en bénéficier, on doit verser une prime.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
0,16 M$	0,16 M$

Les primes ne sont pas publiées. Elles sont transmises par le ministère des Relations internationales aux personnes visées. Ces primes sont fixées selon les évaluations actuarielles effectuées par la RAMQ.

La tierce responsabilité : Il s'agit du recouvrement des coûts des services de santé auprès de tiers responsables visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que par la Loi sur l'assurance-hospitalisation. En vertu de ce programme, la RAMQ recouvre les coûts des services de santé et des services sociaux lorsque des citoyens ou leurs assureurs, par exemple, entament des démarches envers des tiers qui pourraient être responsables d'un accident.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
5,8 M$	5,8 M$

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services rendus en externe apparaissent sur le site Web du Ministère. Ces tarifs sont évalués en fonction des coûts. Ils sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Ils ont été révisés le 1er mai 2010.

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau de la santé et des services sociaux, composé de 189 établissements publics (entités juridiques) ainsi que de 1 738 installations (lieux physiques) au 31 mars 2011, a des revenus de tarification annuels de l'ordre de 1,5 milliard de dollars. Ces revenus proviennent de plusieurs sources. Par exemple, il peut s'agir d'un simple revenu de stationnement comme d'un revenu de tarification de services de santé prodigués à des non-résidents du Canada.

Revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2010-2011
1 532,5 M$	3 677,9 M$

La contribution des adultes hébergés, les contributions parentales et la prestation fiscale pour enfants placés en famille d'accueil : Le Ministère a délégué à la RAMQ l'administration du programme de contribution financière des adultes hébergés. C'est la Régie qui fixe ces contributions.

Comme on peut le lire sur le site Web de la RAMQ, la contribution financière des adultes hébergés est le montant exigé de la part d'un adulte par le gouvernement pour son hébergement dans un établissement de santé au Québec. Elle répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile.

En effet, comme les personnes vivant à domicile, les personnes hébergées doivent assumer les dépenses liées à leur gîte et à leur nourriture. Les services sociaux et les services de santé, quant à eux, sont gratuits pour tous les citoyens et citoyennes du Québec. Ils ne sont donc pas comptés dans le calcul de la contribution.

La RAMQ fixe la contribution exigible par les établissements du réseau en fonction de la catégorie de chambre occupée et de la capacité de payer des personnes. Les modalités d'application de cette contribution sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 358 et suivants.

Enfin, les contributions parentales sont payées par les parents dont un enfant est hébergé dans une famille d'accueil par l'entremise d'un centre jeunesse, dans un centre de réadaptation ou dans une autre ressource d'hébergement. Les parents demeurent responsables de leur enfant en vertu du Code civil du Québec ; ils assument donc, conjointement avec l'État, les coûts de son hébergement. Une méthode de calcul permet de majorer la contribution selon la capacité de payer des parents. Les modalités applicables sont prévues dans le règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 347 et suivants.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
832,1 M$	3 054,3 M$

Les tarifs apparaissent sur le site Web du Ministère. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes et la dernière indexation date du 1er janvier 2011.

Les suppléments de chambres : En vertu des articles 7 à 13 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, les établissements sont tenus de désigner des salles, des chambres semi-privées et des chambres privées. Ils sont aussi tenus de réclamer le tarif prévu pour l'occupation des chambres semi-privées et privées, selon les modalités prescrites par le Ministère.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
65,4 M$	Sans objet

Les tarifs apparaissent sur le site Web du Ministère. Ils sont indexés annuellement suivant l'indice des rentes et la dernière indexation date du 1er janvier 2011.

Les tierces responsabilités : Le Ministère assume le coût des services de santé et des services sociaux rendus par les établissements du réseau aux résidents du Québec lorsque les services fournis sont médicalement requis ou sont prévus dans le cadre d'une loi du Québec.

Cependant, le Ministère n'assume pas le coût des services rendus dans les circonstances suivantes :

- les services fournis à un résident du Québec ne sont pas médicalement requis ;
- les services sont fournis à un résident d'une autre province canadienne ;
- les services sont fournis à un non-résident du Canada ;
- le coût des services est assumé par un autre organisme en vertu d'une loi du Québec ou du Canada[10].

Dans ce dernier cas, les établissements du réseau facturent, par exemple, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ou la Gendarmerie royale du Canada en vertu de la Loi sur la Gendarmerie royale du Canada. C'est ce que nous appelons communément les revenus de tierces responsabilités, c'est-à-dire qu'un tiers est responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et de services sociaux pour des groupes particuliers ; ainsi, la Commission de la santé et de la sécurité du travail est responsable du coût des services de santé pour les travailleurs accidentés et la Gendarmerie royale du Canada, pour ses employés.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
204,9 M$	193,5 M$

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services rendus en externe apparaissent sur le site Web du Ministère. Ces tarifs sont évalués en fonction des coûts. Ils sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Certains ont été révisés en date du 1er avril 2010 et d'autres, en date du 1er mai 2010.

Les activités accessoires : Les exigences du Ministère au regard des activités accessoires sont présentés sur son site Web. Les revenus de telles activités doivent permettre le financement des charges qui y sont reliées et donc s'autofinancer. Il s'agit notamment d'activités commerciales telles que le stationnement et le salon de coiffure ou d'autres activités complémentaires.

Les revenus totaux des activités accessoires sont estimés à 1 005,1 millions de dollars pour l'année 2010-2011. Ils ne sont pas tous tirés de la tarification puisqu'ils incluent, entre autres, les revenus pour la recherche du Fonds de la recherche en santé du Québec. Seuls les revenus de tarification sont présentés ci-dessous.

REVENUS ESTIMÉS 2010-2011	COÛTS ESTIMÉS 2010-2011
430,1 M$	430,1 M$

Les tarifs des activités accessoires sont sous la responsabilité des établissements du réseau. Ils doivent être établis en fonction du coût des activités.

10. Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, articles 3 et 4.

TRANSPORT PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Les tarifs des services préhospitaliers d'urgence sont fixés par le Ministère et font l'objet d'un arrêté ministériel sous-jacent à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Ils sont présentés sur le site Web du Ministère. Les revenus qui en découlent sont perçus par les différentes entreprises offrant des services de transport ambulancier au Québec. Il faut mentionner que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations 2010-2011 n'étant pas connues, nous présentons les données 2009-2010.

REVENUS 2009-2010	COÛTS 2009-2010
97 M$	434 M$

Ces revenus et ces coûts se détaillent comme suit :

	EN MILLIONS DE $
Sources de financement	
Établissements du réseau (transport interétablissements)	55
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	10
Commission de la santé et de la sécurité du travail	1
Société de l'assurance automobile du Québec	5
Autres (organismes fédéraux)	2
Particuliers	24
Sous-total – Revenus de tarification	**97**
Ministère de la Santé et des Services sociaux (subvention)	337
Total	**434**

Il faut souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 24 millions de dollars.

7.10 Directive sur la gestion des ressources informationnelles

La portée de la Directive sur la gestion des ressources informationnelles se limite aux applications de gestion à l'intention des utilisateurs du Ministère. Cependant, parmi ces actifs, certains peuvent aussi être utilisés par du personnel du réseau.

Débours planifiés et réels concernant les ressources informationnelles, en 2010-2011

	PROJETS DE DÉVELOPPEMENT EN MILLIERS DE $	AUTRES ACTIVITÉS (EX. ENTRETIEN) EN MILLIERS DE $	TOTAL EN MILLIERS DE $
Débours planifiés pour les RI	371	400	771
Débours réels pour les RI	399	336	735
Écart	+ 28	– 64	– 36

Nombre de projets concernant les ressources informationnelles en 2010-2011

	NOMBRE DE PROJETS
Nombre de projets en cours au début de l'exercice	4
Nombre de projets entrepris au cours de l'exercice	17
Nombre de projets en cours à la fin de l'exercice	7
Nombre de projets terminés au cours de l'exercice	14

Les écarts entre les débours planifiés et les débours réels s'expliquent, entre autres, par le fait que le Service de développement et d'entretien de systèmes d'information a dû composer avec le départ de ressources humaines. Compte tenu des priorités ministérielles, le développement du système d'information sur la procréation assistée a commencé. Ce système, non prévu dans la planification 2010-2011, a fait augmenter les coûts relatifs au développement. En contrepartie, il a été convenu de reporter certaines activités d'entretien non essentielles, d'où l'écart de 64 000 $ de la colonne « Autres activités ».

Au cours de la période 2010-2011, le Ministère a entrepris plusieurs projets informatiques, dont les principaux sont :

- les améliorations apportées au système « Mécanismes d'accès aux services spécialisés » afin de faciliter la consultation par les citoyens des temps d'attente pour avoir accès à certains services dans les établissements de la santé ;
- la poursuite du projet « Registre des techniciens ambulanciers », qui permettra :
  - d'attester de la compétence du technicien ambulancier, en vertu des règles énoncées dans la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., ch. S-6.2) ainsi que dans le projet de règlement sur le registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers et sur leurs conditions d'inscription à ce registre,
  - d'exercer le suivi du maintien de cette compétence (formation continue et assurance qualité des interventions cliniques),

- d'assurer la protection du public,
- de contribuer à uniformiser les critères d'inscription et de maintien des compétences des techniciens ambulanciers-paramédics partout au Québec,
- de favoriser et de faciliter la mobilité interrégionale de la main-d'œuvre ;

- la réalisation d'un système d'information transitoire sur la procréation assistée, qui permet au Ministère de tenir un registre pour le suivi du nombre de cycles de procréation dont ont bénéficié les usagers admissibles au programme de subvention à la procréation assistée du Québec et qui facilite l'évaluation du nombre d'essais utilisés et restants.

7.11 Les nouvelles règles pour les bonis au rendement

Conformément au décret du 26 avril 2010 concernant la rémunération et les autres conditions de travail des titulaires d'un emploi supérieur à temps plein, aucun boni n'a été versé à ces titulaires au cours de l'année 2010-2011 suite à l'exercice d'évaluation du rendement pour la période allant du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Pour ce qui est de la révision du traitement du personnel d'encadrement découlant de l'évaluation du rendement pour la période du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, l'exercice s'est déroulé dans le respect du cadre réglementaire en vigueur.

Bonis au rendement accordés en 2010-2011 pour la période d'évaluation du rendement, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010

	NOMBRE DE BONIS AU RENDEMENT	MONTANT TOTAL
Cadres	30	140 383 $
Titulaires d'un emploi supérieur à temps plein	0	0 $
Total	**30**	**140 383 $**

7.12 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec est coordonné par la Direction de la vérification interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité ministériel de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général déposés depuis l'année 2007-2008.

LA GOUVERNANCE DANS LES AGENCES ET LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME I, 2007-2008)

Le Ministère a poursuivi ses travaux en vue de préciser la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Le projet de loi nº 127 visant l'amélioration de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux a été déposé à l'Assemblée nationale le 9 décembre 2010. Il a fait l'objet de consultations menées par la Commission de la santé et des services sociaux du 14 au 18 mars 2011.

Les propositions de modifications législatives touchent principalement le rôle et la composition des conseils d'administration de l'établissement et de l'agence, l'exercice de l'imputabilité, le choix des dirigeants et le soutien au développement des compétences de ces derniers. S'inscrivent également dans le projet de loi des mesures permettant à l'agence ou au ministre d'intervenir de façon graduée auprès des établissements qui éprouvent des difficultés de fonctionnement ainsi que des ajustements au processus d'agrément des établissements. Au regard des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec, le projet de loi vise à accroître la cohérence et la synchronisation de la gestion axée sur les résultats aux trois paliers de gestion. Les obligations relatives aux exercices de planification stratégique et de reddition de comptes sont précisées et la chaîne d'imputabilité est clarifiée.

Le Plan stratégique 2010-2015 du Ministère a été déposé à l'Assemblée nationale en novembre 2010. En cohérence avec les engagements nationaux, seize autorités régionales ont élaboré un plan stratégique 2010-2015 ; quinze d'entre elles ont reçu une lettre d'approbation des ministres avant la fin du mois de mars 2011. La préparation des ententes de gestion 2011-2012 qui seront convenues entre le Ministère et les agences, ainsi que celles impliquant les agences et les établissements est basée sur les engagements communs aux trois paliers de gestion.

Dans son plan stratégique 2010-2015, le Ministère a pris l'engagement d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et d'assurer une rétroaction sur les résultats. La Direction générale adjointe de la performance a été créée au Ministère et les travaux se poursuivent en vue de proposer un cadre d'appréciation de la performance et de définir des indicateurs qui renseigneront sur la finalité du système de santé sous les angles de l'accessibilité, de la continuité, de la sécurité, de la qualité et de l'efficience. La perspective ministérielle est de faire en sorte que se développe une culture de la performance dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

L'APPROVISIONNEMENT EN ÉQUIPEMENTS ET EN FOURNITURES DE NATURE MÉDICALE (TOME III, 2007-2008)

Pour ce qui concerne l'approvisionnement en équipements et en fournitures de nature médicale le Ministère a, dans un premier temps, formé un comité stratégique sur l'approvisionnement en commun, lequel détermine les orientations à prendre afin de pallier les différentes problématiques en la matière. Ces orientations guident actuellement le Ministère dans la réalisation de travaux qui vont influencer, de manière importante, la façon de faire en matière d'approvisionnement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces travaux s'articulent autour de l'objectif d'accroître l'approvisionnement en commun.

Actuellement, la structure de l'approvisionnement en commun est en révision. Le rôle des agences de la santé et des services sociaux ainsi que les attentes ministérielles à l'égard des agences, entre autres pour la reddition de comptes relative à l'approvisionnement en commun, y seront précisés. La restructuration vise à réduire le nombre de groupes d'approvisionnement en commun pour rendre ceux-ci plus efficients et à les doter d'un mécanisme de gouverne et de planification. Parmi les mesures prévues par la restructuration figure la création d'un bureau d'optimisation dont le mandat sera, notamment, de soutenir la détermination des dossiers devant être réalisés par l'approvisionnement en commun et d'assurer tant le suivi que la reddition de comptes des groupes d'approvisionnement en commun. Les chantiers prioritaires pour l'évaluation et la normalisation des fournitures ainsi que les indicateurs de performance seront définis. De plus, seront mis en place des comités de normalisation de fournitures et un groupe de travail stratégique sur l'utilisation accrue des technologies visant la planification de l'utilisation des technologies les plus prometteuses dans le secteur de l'approvisionnement.

Ainsi, la priorité actuelle du Ministère est l'approvisionnement en commun, moyen qu'il privilégie pour effectuer le suivi des activités du réseau en matière d'approvisionnement. Dans les circonstances, il n'est pas prévu à court terme de créer un comité avec les agences pour faire le suivi des activités autres que celles qui se rapportent à l'approvisionnement en commun.

LE SOUTIEN FINANCIER AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ACCORDÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME I, 2008-2009)

Depuis la publication, le 4 novembre 2008, du rapport du Vérificateur général du Québec portant sur le soutien financier accordé aux organismes communautaires par le réseau de la santé et des services sociaux, différentes actions ont été prises.

D'abord, un système de collecte d'informations concernant les ententes de service signées entre les établissements du réseau et les organismes communautaires a été mis en place. Il permettra de connaître le total des sommes versées aux organismes communautaires par les entités du réseau.

Le Ministère a également participé aux travaux menés au niveau gouvernemental par le Secrétariat à l'action communautaire et aux initiatives sociales concernant l'adaptation du cadre de référence en matière d'action communautaire. Ces travaux, qui établissent les attentes et les balises en matière de pratiques de gouvernance et de reddition de comptes, permettront d'améliorer le cadre de référence sur la reddition de comptes.

Enfin, l'élaboration d'une convention de soutien financier triennal se poursuit. Des délais supplémentaires ont été nécessaires afin de favoriser l'adhésion des organismes communautaires à cette convention, qui entrera en vigueur au printemps prochain.

LA GESTION DES CENTRES JEUNESSE ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES (TOME II, 2009-2010)

Au cours de la dernière année, le Comité indicateurs – programme Jeunes en difficulté, regroupant des représentants du Ministère, des agences, des centres jeunesse, des CSSS et de leur association respective, a poursuivi ses travaux relatifs à la revue des différents modèles de performance existants. À la suite de ces travaux, le comité a recommandé au Ministère de ne pas retenir un modèle déjà existant, mais de concevoir un modèle propre pour le Programme-services Jeunes en difficulté en s'inspirant des éléments des autres modèles. Le modèle qui sera fixé devrait s'inscrire dans une vision globale du programme ; de plus, il devrait comprendre des dimensions et des indicateurs qui faciliteront la gestion, quel que soit le niveau (national, régional, local). Les premières dimensions de la performance retenues dans le modèle sont l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et l'efficience. Des indicateurs devront être définis pour mesurer ces dimensions.

Par ailleurs, d'autres travaux, en collaboration avec les centres jeunesse et l'Association des centres jeunesse, sont en cours en vue de se doter d'une définition commune des services directs à la clientèle et de mesurer l'intensité des services rendus à cette clientèle des centres jeunesse.

La mise en œuvre de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q., c. R-24.0.2) a commandé un réexamen des instruments qui, par la mesure de l'intensité des services attendus de la ressource, servent à déterminer la rétribution qui lui est versée.

Un nouvel instrument de classification unique a donc été développé. Tel que le prévoit l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, cet instrument donne des précisions sur les services de soutien et d'assistance attendus d'une ressource pour répondre aux besoins des usagers. Il fait actuellement l'objet d'un processus de validation dans le réseau de la santé et des services sociaux. La version définitive de l'instrument sera établie par règlement au cours de la prochaine année.

Par ailleurs, compte tenu des résultats obtenus concernant la réduction des écarts globaux, le Ministère entend poursuivre dans la voie qu'il suit depuis le début de l'application du mode d'allocation des ressources en 2004-2005 : il a adopté l'approche où l'écart global d'une région est pris en compte avant de procéder à des ajustements budgétaires dans le programme Jeunes en difficulté. Il revient à chacune des régions de revoir ses priorités relativement aux services en matière d'allocation intrarégionale. De plus, envisager une réallocation entre les régions présuppose une flexibilité, notamment dans l'utilisation du personnel. Par conséquent, la réallocation des ressources à partir des régions en excédent est difficilement envisageable parce qu'elle pourrait mener à des mises en disponibilité du personnel ou à des ruptures dans la continuité des services à court et à moyen termes. Le Ministère privilégie donc la correction des écarts au moment d'attribuer les budgets de développement.

LE SUIVI D'UNE VÉRIFICATION DE L'OPTIMISATION DES RESSOURCES PORTANT SUR LA VÉRIFICATION INTERNE AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (TOME II, 2009-2010)

Depuis la publication du rapport portant sur la vérification interne au gouvernement du Québec, des gestes ont été posés par la Direction de la vérification interne du Ministère afin de répondre aux recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.

Ainsi, la Direction de la vérification interne a mis à jour la Règle sur le Comité ministériel de vérification. Les responsabilités du Comité, notamment quant aux orientations, à l'allocation des ressources nécessaires ainsi qu'à la reddition de comptes à exiger de cette direction, ont été précisées. De plus, un rapport d'activités comportant des indicateurs de résultats est maintenant soumis annuellement au Comité, aux fins de la reddition de comptes.

Quant à la planification de ses activités de vérification, la Direction de la vérification interne produit maintenant un plan d'action comportant, entre autres, les champs d'intervention touchés, un échéancier et les budgets de temps prévus. Enfin, un suivi trimestriel du plan d'action est déposé à la fois au sous-ministre et au Comité ministériel de vérification.

En matière de gestion des risques, cette direction poursuit ses travaux d'accompagnement non seulement avec le Ministère, mais également avec les agences. Elle entend tenir compte des résultats de ces travaux dans l'élaboration de son plan d'action, lequel est actuellement alimenté par une collecte d'informations sur les besoins exprimés par les directions générales du Ministère.

Par ailleurs, la Direction de la vérification interne entend parfaire sa planification des travaux en élaborant une planification triennale dans les années à venir.

LA VIGIE RELATIVE AU PROJET DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC (TOME I, 2010-2011)

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) regroupe treize projets dont la réalisation technologique de plusieurs est presque terminée. Les projets de services communs ou d'infrastructure technologique tels que le Registre des usagers, le Registre des intervenants, la Gestion du consentement, SécurSanté, l'Index patient maître et le Visualiseur se termineront sous peu. Les projets cliniques sont priorisés dans le plan de déploiement puisqu'ils sont susceptibles d'apporter rapidement des bénéfices aux cliniciens et à la population. C'est le cas, notamment, des projets Médicaments, Imagerie diagnostique et Télésanté, représentant à eux seuls des investissements de près de 247 millions de dollars.

Du point de vue de la gouvernance des technologies de l'information, le Ministère considère que l'arrimage du DSQ et des Dossiers patient électroniques bénéficiera de façon inévitable à la qualité des soins donnés par les professionnels de la santé. Les Dossiers patient électroniques sont vus comme des outils complémentaires au DSQ ; ainsi, le Ministère a entrepris des travaux d'orientation et de normalisation en vue de l'interopérabilité et de l'arrimage des premiers au second. La mise en place d'une table d'interopérabilité, sous la gouverne de la RAMQ, a d'ailleurs été annoncée en mars 2011.

Par ailleurs, la nouvelle stratégie définie pour le déploiement du DSQ, qui consiste à déployer les composantes graduellement par fonctionnalité plutôt que simultanément sur l'ensemble du territoire, tient compte de la capacité du réseau et des professionnels de la santé d'accueillir ces composantes. Le Ministère a donc ajusté sa stratégie globale de gestion du changement ainsi que les processus et les outils en conséquence.

Pour ce qui est des coûts et du financement, le DSQ est développé à l'intérieur du budget autorisé et le Ministère est déterminé à ce qu'il en demeure ainsi. Il y a d'abord eu une mise à jour des coûts et du budget en décembre 2009, puis une seconde révision en juillet 2010. Les hypothèses relatives à la réalisation du DSQ sont revues et corrigées au fur et à mesure de l'avancement des travaux, de façon à ce qu'elles restent les plus réalistes possible. Pour l'instant, l'objectif est respecté. De même, les coûts

des investissements connexes et les coûts récurrents ont été révisés en janvier 2011, ce qui a permis au Ministère d'octroyer les budgets d'opération requis pour assurer l'exploitation en 2010-2011 et de planifier le financement des activités nécessaires au bon fonctionnement du DSQ en 2011-2012.

Quant à la planification et au suivi des projets, le Ministère a mis à jour l'architecture de ces projets après avoir élaboré sa nouvelle stratégie concernant le déploiement du DSQ. Il continue à améliorer ses processus et ses procédures pour que les échéanciers liés au DSQ soient suivis périodiquement et que les outils de gestion de projets déjà produits soient utilisés de façon efficiente. De plus, l'échéancier a été révisé. Des mécanismes ont été mis en place pour donner régulièrement un portrait fidèle à la fois de l'échéancier et du degré d'avancement des différents projets qui composent le DSQ. Ainsi, la livraison complète de celui-ci s'étalera sur une plus longue période que celle qui avait été prévue au départ, avec des implantations progressives projet par projet, région par région, qui ont commencé dès 2010 et atteindront leur vitesse de croisière en 2011 et 2012. Le rapport d'évaluation du projet pilote pour la période allant du 1er juillet 2009 au 30 juin 2010 a été déposé en décembre 2010, tel que cela était prescrit, et un suivi est effectué pour donner suite aux pistes d'amélioration proposées.

Pour assurer une gouvernance adéquate de la sécurité du DSQ, le Ministère, en collaboration avec ses partenaires, a amorcé la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée. Cette approche privilégie un certain nombre d'actions reposant sur les pratiques reconnues en la matière, qui permettront une prise en charge adéquate des risques ainsi qu'une amélioration continue de la sécurité de l'information.

Le DSQ constitue un défi de taille, qui comporte ses risques et ses complexités. Au cours de 2010-2011, des progrès ont été réalisés pour déterminer et assumer ces enjeux, dans le cadre d'un calendrier qui tient compte de la capacité du réseau de recevoir les composantes du DSQ. La réalisation et le déploiement du projet se poursuivront avec toute la rigueur que celui-ci requiert, en concertation avec les partenaires.

LE SUIVI D'UNE VÉRIFICATION DE L'OPTIMISATION DES RESSOURCES PORTANT SUR LA GESTION DES PROJETS IMMOBILIERS (TOME I, 2010-2011)

Dans le cadre du suivi de son rapport en matière de vérification de l'optimisation des ressources, le Vérificateur général du Québec constate que des progrès satisfaisants ont été réalisés par le Ministère au regard de quatre des cinq recommandations qu'il avait formulées en 2005-2006. Celle qui demande encore des améliorations porte sur la planification à long terme des immobilisations.

À cet égard, les travaux amorcés en 2009-2010 se sont poursuivis en 2010-2011 dans le but de jeter les bases d'un exercice de priorisation des projets immobiliers. Pour ce faire, le Ministère s'est doté d'un cadre de référence sur la priorisation des projets en immobilisation d'une valeur de plus de 5 millions de dollars.

Ce cadre de référence porte sur les incidences immobilières et les sujets identifiables afin de conformer le parc immobilier du réseau sociosanitaire québécois aux orientations nationales de chacun des programmes (ex. : centres hospitaliers, urgences, santé mentale, retraitement des dispositifs médicaux, etc.) ainsi qu'aux lignes directrices de ces programmes.

ANNEXE I LA LISTE DES LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (*L.R.Q., c. A-5.01*)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (*L.R.Q., c. A-28*)

Loi sur l'assurance maladie (*L.R.Q., c. A-29*)

Loi sur l'assurance médicaments (*L.R.Q., c. A-29.01*)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (*L.R.Q., c. A-33.1*)

Loi sur les cimetières non catholiques (*L.R.Q., c. C-17*)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (*L.R.Q., c. C-32.1.1*)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (*L.R.Q., c. C-68.1*)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. E-12.0001*)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (*L.R.Q., c. E-20.1*)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (*L.R.Q., c. F-4.0021*)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (*L.R.Q., c. H-1.1*)

Loi sur les inhumations et les exhumations (*L.R.Q., c. I-11*)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (*L.R.Q., c. I-13.1.1*)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (*L.R.Q., c. L-0.2*)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. M-1.1*)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (*L.R.Q., c. M-19.2*)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (*L.R.Q., c. M-35.1.3*)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (*L.R.Q., c. P-31.1*)

Loi sur la protection de la jeunesse (*L.R.Q., c. P-34.1*)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (*L.R.Q., c. P-38.001*)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (*L.R.Q., c. R-2.2.0.0.1*)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (*L.R.Q., c. R-5*)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (*L.R.Q., c. R-24.0.2*)

Loi sur la santé publique (*L.R.Q., c. S-2.2*)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (*L.R.Q., c. S-4.2*)

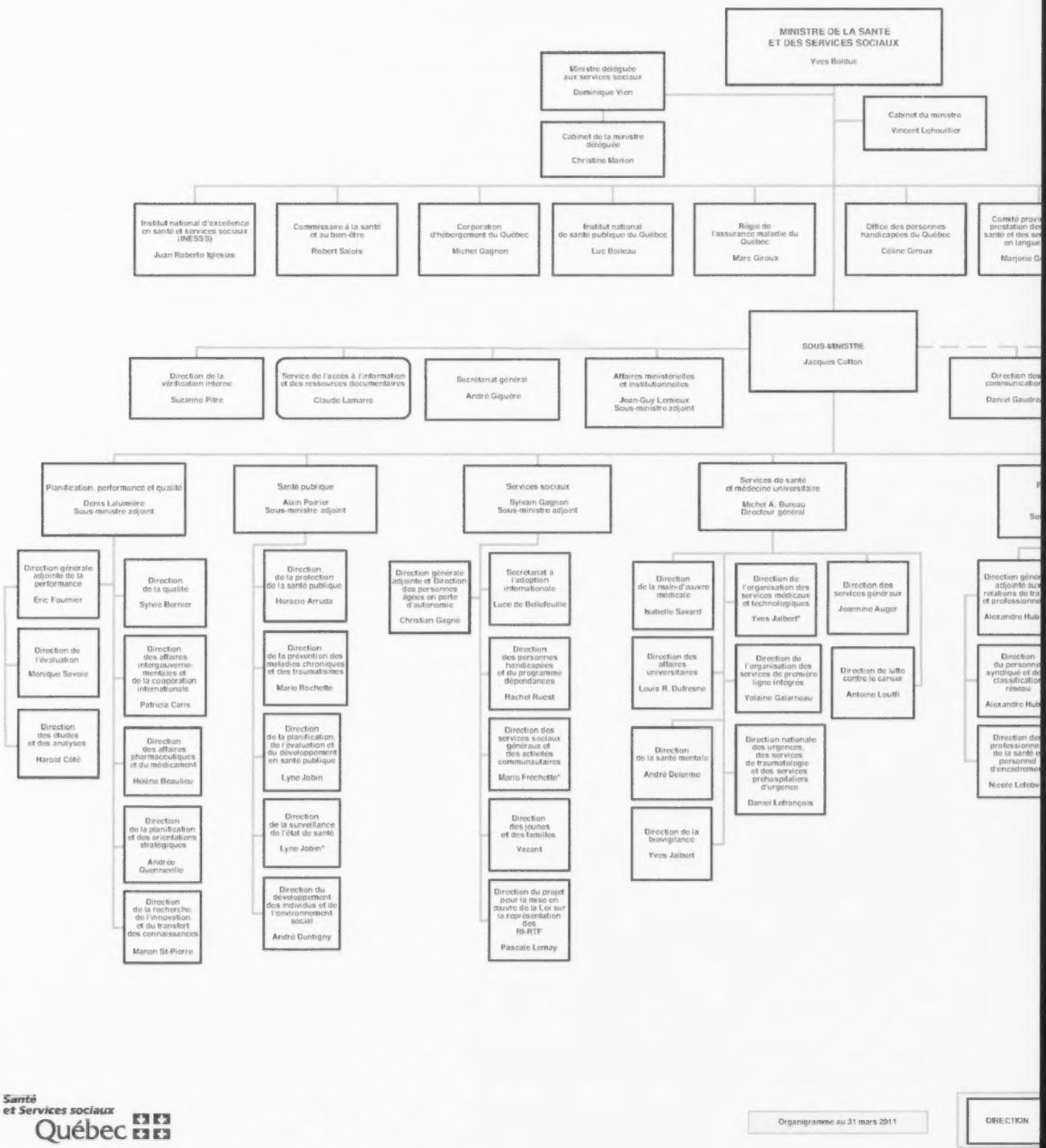
Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (*L.R.Q., c. S-5*)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (*L.R.Q., c. S-6.2*)

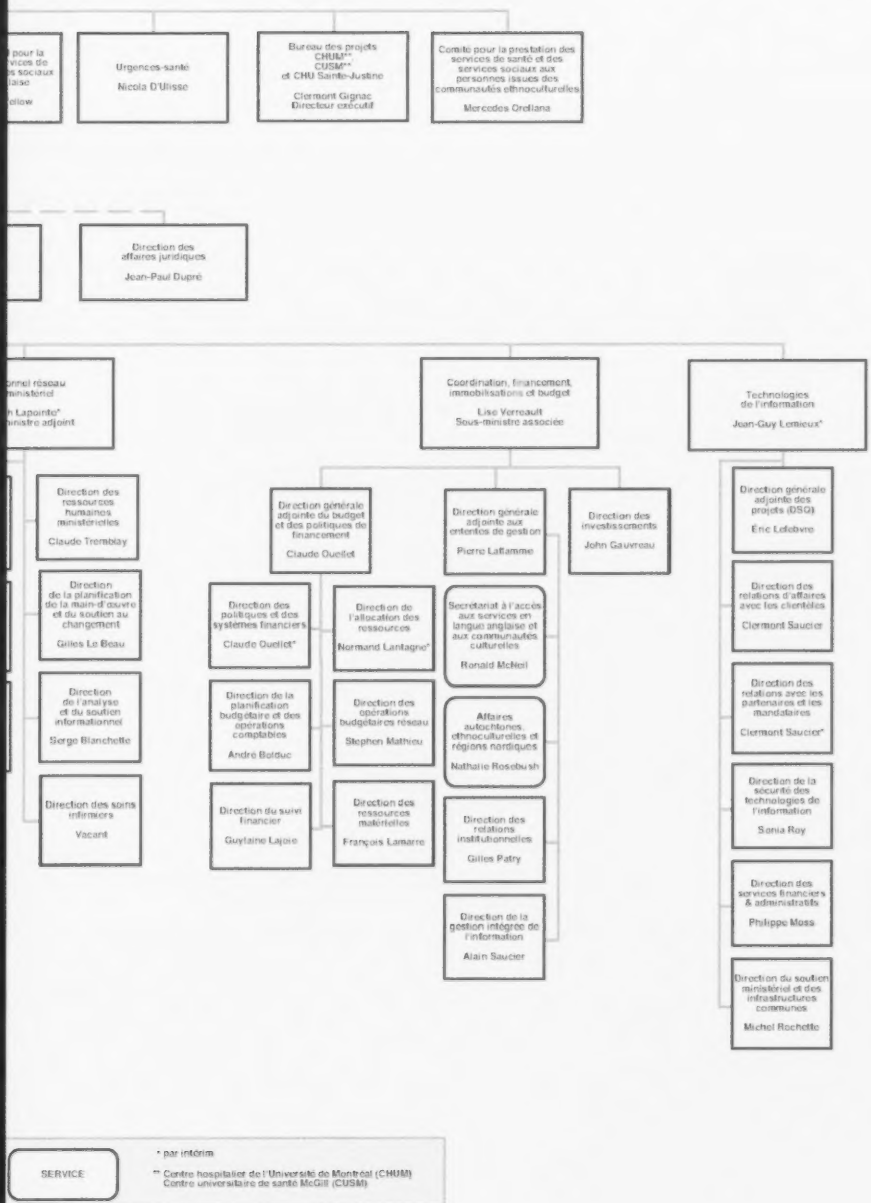
Loi sur le tabac (*L.R.Q., c. T-0.01*)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (*L.R.Q., c. U-0.1*)

ANNEXE II L'ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Santé et Services sociaux Québec


Urgences-santé
Nicola D'Ulisse
Bureau des projets
CHUM**
CUSM**
et CHU Sainte-Justine
Clermont Gignac
Directeur exécutif
Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles
Mercedes Orellana
Direction des affaires juridiques
Jean-Paul Dupré
Coordination, financement, immobilisations et budget
Lise Verreault
Sous-ministre associée
Technologies de l'information
Jean-Guy Lemieux*
Direction des ressources humaines ministérielles
Claude Tremblay
Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement
Gilles Le Beau
Direction de l'analyse et du soutien informationnel
Serge Blanchette
Direction des soins infirmiers
Vacant
Direction générale adjointe du budget et des politiques de financement
Claude Ouellet
Direction des politiques et des systèmes financiers
Claude Ouellet*
Direction de la planification budgétaire et des opérations comptables
André Bolduc
Direction du suivi financier
Guylaine Lajoie
Direction de l'allocation des ressources
Normand Lantagne*
Direction des opérations budgétaires réseau
Stephen Mathieu
Direction des ressources matérielles
François Lamarre
Direction générale adjointe aux enjeux de gestion
Pierre Laflamme
Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles
Ronald McNeil
Affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques
Nathalie Rosebush
Direction des relations institutionnelles
Gilles Patry
Direction de la gestion intégrée de l'information
Alain Saucier
Direction des investissements
John Gauvreau
Direction générale adjointe des projets (DSQ)
Éric Lefebvre
Direction des relations d'affaires avec les clientèles
Clermont Saucier
Direction des relations avec les partenaires et les mandataires
Clermont Saucier*
Direction de la sécurité des technologies de l'information
Sonia Roy
Direction des services financiers & administratifs
Philippe Moss
Direction du soutien ministériel et des infrastructures communes
Michel Rochette
SERVICE
* par intérim
** Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

ANNEXE III LES ORGANISMES PLACÉS SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Cette annexe présente les coordonnées des treize organismes et comités placés sous la responsabilité du ministre ainsi que les rapports d'activité 2010-2011 de trois d'entre eux[11].

Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif : M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-9289
Site Web : www.construction3chu.msss.gouv.qc.ca

Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal a pour mission d'assurer le respect des balises quant aux programmes, au budget, au règlement et aux délais fixés par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

L'organisme assure un leadership d'expertise en gestion de projet auprès de ces trois institutions, qui restent les maîtres d'œuvre de leurs projets. Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (Bureau du directeur exécutif) exerce une gouvernance rigoureuse et transparente afin de réduire les risques inhérents au déploiement des grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à optimiser la valeur des installations ainsi que le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans la perspective d'obtenir les meilleures retombées d'un développement économique durable.

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010-2011

La gouvernance

La structure de gouvernance a été établie en collaboration avec les principaux acteurs des dossiers, soit les CHU de Montréal et Infrastructure Québec (qui a succédé à l'Agence des partenariats public-privé). Entérinée par les autorités gouvernementales, cette structure de gouvernance permet d'appliquer une méthode rigoureuse de gestion de projet. Les rôles, les responsabilités et les sphères d'imputabilité des parties prenantes sont clairement définis. Voici les principales composantes de cette structure :

- le comité ministériel de suivi des projets de modernisation, composé de cinq membres qui veillent aux intérêts du gouvernement du Québec ;

11. Il s'agit du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles ainsi que du Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

- le directeur exécutif et son équipe de gestion de projet, qui veillent au respect des grands paramètres des projets ;
- les centres hospitaliers universitaires et Infrastructure Québec, qui, respectivement à titre de maîtres d'ouvrage et de responsable du processus d'approvisionnement pour les composantes basées sur un partenariat public-privé, ont signé des ententes-cadres de gouvernance avec le directeur exécutif.

Le suivi régulier des projets est assuré, entre autres, par des rencontres statutaires organisées à plusieurs niveaux par le Bureau du directeur exécutif et par Infrastructure Québec. De nombreux outils de contrôle ont également été créés afin que la portée des projets, les coûts et les échéanciers soient arrimés. Une surveillance constante est ainsi effectuée, ce qui permet notamment d'accepter ou de refuser les changements proposés en cours de processus.

Des étapes importantes franchies dans tous les projets

Les trois projets de modernisation des CHU de Montréal ont franchi avec succès des étapes importantes au cours de l'année 2010-2011.

- **Centre de recherche du CHUM.** Le 21 mai 2010, l'entente de partenariat du Centre de recherche du CHUM était signée. En janvier 2010, le gouvernement avait donné 60 jours aux consortiums en lice pour présenter des propositions recevables financièrement. À la mi-mars, les propositions étaient dûment présentées et à la fin de ce mois, le nom du consortium gagnant, Accès Recherche Montréal, était annoncé.

  Le Centre de recherche du CHUM disposera de 69 000 mètres carrés, répartis dans deux bâtiments situés sur les rues Viger et Saint-Antoine, de part et d'autre de l'autoroute Ville-Marie. Les travaux se termineront à la fin de l'année 2013. Les locaux pourront abriter 110 équipes de recherche. L'aile sud, sur la rue Saint-Antoine, logera également les locaux administratifs du CHUM. Le budget d'immobilisations de ce centre de recherche est de 460 millions de dollars.

- **Le campus Glen du CUSM.** Le 15 juillet 2010, l'entente de partenariat du campus Glen du Centre universitaire de santé McGill était à son tour signée et les travaux de construction commençaient. Le consortium choisi est le Groupe immobilier de santé McGill. Le campus Glen du CUSM sera composé de 5 bâtiments, liés par des agoras, qui comprendront 500 chambres, le centre de recherche et des locaux pour l'enseignement. La superficie totale est de 213 000 mètres carrés, excluant le stationnement de 2 700 places. La construction devrait se terminer en 2014 et les nouveaux locaux devraient être occupés en 2015. La réception provisoire des pavillons du campus Glen est prévue pour le mois de septembre 2014. Le budget d'immobilisations du projet complet du CUSM, incluant le campus de la Montagne, est de 2,355 milliards de dollars.

- **CHU Sainte-Justine.** Le 17 août 2010, le gouvernement du Québec annonçait la réalisation du projet Grandir en santé du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Le budget d'immobilisations autorisé est de 995 millions de dollars. La construction des deux nouveaux bâtiments, soit le bloc des unités spécialisées et le centre de recherche, s'intègre dans un projet d'ensemble de la modernisation du CHU Sainte-Justine qui est déjà amorcé depuis 2007, notamment avec l'agrandissement du Centre de cancérologie Charles-Bruneau. Au terme

du projet, l'ajout des nouveaux bâtiments portera la superficie du CHU Sainte-Justine à 200 000 mètres carrés, ce qui représente une augmentation de 65 % de la superficie actuelle. L'appel de qualification des entrepreneurs était par la suite lancé, en janvier 2011. Six groupes d'entreprises se sont montrés intéressés par le volet clés en main du projet Grandir en santé. L'appel d'offres devrait être lancé à l'été 2011.

- **CHUM.** Le 25 février 2011, le gouvernement du Québec faisait connaître le nom du consortium qui signera une entente de partenariat avec le CHUM pour la construction du complexe hospitalier : le Collectif santé Montréal. Le processus compétitif avait été mené à terme et l'ensemble des propositions des deux soumissionnaires avait été déposé à temps. Le soumissionnaire choisi a présenté une proposition financière inférieure à la valeur actuelle maximale des paiements autorisée par le gouvernement.

  La première phase du projet prévoit la livraison d'un hôpital fonctionnel dès 2016, ce qui constitue un gain par comparaison à l'échéancier de référence. La deuxième phase, qui prévoit la démolition de l'hôpital Saint-Luc, sera terminée en 2019.

  Le CHUM comptera 772 lits et 39 salles d'opération, et il offrira des soins en fonction de 35 spécialités médicales. Le budget d'immobilisations du complexe hospitalier est de 2,6 milliards de dollars.

Les trois projets de modernisation des CHU de Montréal respectent à ce jour les plans cliniques ainsi que les programmes fonctionnels et techniques adoptés par le gouvernement en 2007. Les projets du complexe hospitalier du CHUM et du CHU Sainte-Justine, qui feront l'objet d'ententes signées durant l'année financière 2011-2012, respecteront eux aussi ces jalons importants. Les superficies nettes prévues dans les devis de performance sont également respectées.

La création d'emplois directs et indirects, pour la durée des travaux de construction, est respectivement de 3 000, 10 000 et 11 200 emplois, en nombre d'années-personnes, pour les projets du Centre de recherche du CHUM, du site Glen du CUSM et du CHUM.

En 2010-2011, le travail de planification en vue du redéploiement du campus de la Montagne, l'autre volet du projet du CUSM, s'est poursuivi.

Le Bureau du directeur exécutif doit maintenant s'assurer que la réalisation des travaux se poursuivra sans encombre. Le suivi des risques, des opportunités et des changements occupera maintenant une grande partie du temps de l'équipe.

Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Présidente : M^me^ Mercedes Orellana

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010-2011

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles consiste à donner des avis au ministre sur la façon dont les services de santé et les services sociaux sont fournis aux personnes appartenant à l'une ou l'autre des communautés ethnoculturelles.

En 2010-2011, M^me^ Mercedes Orellana a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M^me^ Nathalie Lecoq, à titre de vice-présidente. Les membres du Comité avaient été nommés par le ministre, M. Yves Bolduc, le 17 décembre 2008.

Les activités du Comité

Le Comité a tenu une seule rencontre au cours de l'année 2010-2011.

Le code d'éthique et de déontologie

Du 1^er^ avril 2010 au 31 mars 2011, aucun incident ni aucune transgression du code d'éthique et de déontologie du Comité n'ont été constatés, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée. La révision de ce code, adopté en 2006, est présentement en cours.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : M^me^ Marjorie Goodfellow

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010-2011 (RÉSUMÉ)

Le mandat et la composition du Comité

Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est chargé de donner son avis au gouvernement sur :

- la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;

- l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux, conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les membres du Comité ont été nommés le 12 septembre 2007 et la durée de leur mandat est de trois ans, renouvelable une seule fois. M[me] Marjorie Goodfellow a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M. Michael Udy, à titre de vice-président.

Les activités des membres du Comité

Du 1[er] avril 2010 au 31 mars 2011, les membres du Comité se sont rencontrés à dix reprises. Les travaux préparatoires à la révision des programmes d'accès, le suivi des activités du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, le renouvellement de l'Entente Canada-Québec et le statut linguistique des établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française, en voie de réorganisation, sont les principaux dossiers sur lesquels les membres du Comité provincial ont eu à se pencher durant l'année.

PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE 2011-2014

Le 5 novembre 2010, le docteur Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux, a invité les instances régionales à entreprendre la révision de leurs programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région respective. L'échéance pour le dépôt des programmes d'accès a été fixée au 31 mars 2011. À cette date, trois de ces programmes avaient été reçus au Ministère, soit ceux des régions de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue ; les autres suivront. Le Comité provincial s'est doté des outils d'analyse puis a mandaté un sous-comité pour l'étude des programmes et l'élaboration d'un projet d'avis sur l'approbation par le gouvernement du Québec de chacun d'eux.

PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES LANGUES OFFICIELLES EN SANTÉ

Conformément au mandat conféré au Comité provincial, les membres ont exercé un suivi assidu des activités en lien avec le Programme de contribution pour les langues officielles en santé et les deux mandataires de Santé Canada, soit le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et l'Université McGill pour son Projet de formation linguistique et de maintien en poste des professionnels de la santé. Dans le cas de l'Université McGill, le Comité provincial a émis un avis au ministre sur un cadre de mise en œuvre, celui-ci précisant les rôles et les responsabilités des différents acteurs du programme : l'Université, le Ministère, les agences, etc. Il a également émis un avis sur les prospectus prévus pour l'appel de projet en lien avec les mesures 1 et 2 du Projet. Il a également émis un avis sur chaque projet soumis dans le cadre de la mesure 1.

AVIS DU COMITÉ

Au courant de l'année, le Comité a adressé au ministre les avis suivants :

- un avis sur les prospectus de l'Université McGill concernant les projets de formation linguistique du personnel qui travaille dans le domaine de la santé et des services sociaux, en août 2010 ;
- un avis sur des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) en rapport avec le statut linguistique des établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française, en novembre 2010 ;
- un avis sur la conformité des projets relatifs à la formation linguistique déposés par quatorze agences de la santé et des services sociaux, dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, en réponse aux prospectus de l'Université McGill, en décembre 2010 ;
- un avis sur les prospectus de l'Université McGill concernant les projets de rétention du personnel qui travaille dans le domaine de la santé et des services sociaux, en février 2011 ;
- une réaction concernant la proposition de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux de réviser les rôles et les responsabilités rattachés aux programmes d'accès aux services en langue anglaise, également en février 2011.

Le code d'éthique et de déontologie

Aucun incident ni aucune transgression du code d'éthique et de déontologie du Comité, adopté en 2006, n'ont été constatés au cours de l'année 2010-2011, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Chaque fois qu'un conflit de rôles ou d'intérêts, réel ou appréhendé, est possible, le ou les membres en cause sont invités à se retirer des discussions, des délibérations et des décisions du Comité. À cet égard, le code d'éthique et de déontologie a été invoqué à six reprises durant l'année.

Comité central d'éthique de la recherche

Président : Dr Serge Gauthier

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 873-2114, poste 252
Site Web : www.ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml

Comité d'hémovigilance

Président : M. Daniel Tremblay

1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Site Web : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance
Courriel : unitedebiovigilance@msss.gouv.qc.ca

Commissaire à la santé et au bien-être

Commissaire : M. Robert Salois

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Web : www.csbe.gouv.qc.ca
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Corporation d'hébergement du Québec

Président-directeur général : M. Michel Gagnon

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 644-3600
Site Web : www.chq.gouv.qc.ca

Héma-Québec

Présidente et chef de la direction : Mme Francine Décary

4045, boulevard de la Côte-Vertu
Montréal (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000 ou 1 888 666-4362
Site Web : www.hema-quebec.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Président-directeur général : Dr Juan Roberto Iglesias

1195, avenue Lavigerie, bureau 60
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 643-1339
Site Web : www.inesss.qc.ca

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : M. Luc Boileau

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Web : www.inspq.qc.ca
Courriel : info@inspq.qc.ca

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : M^me^ Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripteur : 1 800 567-1477
Site Web : www.ophq.gouv.qc.ca

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Marc Giroux

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Web : www.ramq.gouv.qc.ca

Urgences-santé

Président et directeur général : M. Nicola D'Ulisse

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Web : www.urgences-sante.qc.ca

ANNEXE IV L'ÉVOLUTION DE CERTAINS RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

La présente annexe porte sur l'évolution des résultats obtenus pour les indicateurs du Plan stratégique 2010-2015 qui figuraient également dans le Plan stratégique 2005-2010. À moins d'indication contraire, les indicateurs y sont énoncés selon la formulation retenue dans le Plan stratégique 2010-2015, et les résultats portent sur les exercices financiers 2009-2010 et 2010-2011.

ENJEU 1

L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE 2010-2015	RÉSULTATS	
			2008-2009	2010-2011
AXE : **PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES**				
1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)	Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP[1]	85 %	76,6 % (dernière évaluation en 2008-2009)	81,5 %[2]

1. L'indicateur a été précisé depuis la parution du Plan stratégique 2010-2015; initialement, son libellé était le suivant : « Pourcentage des activités du PNSP implantées ».
2. La méthode de calcul de l'indicateur a été modifiée en 2010-2011. Les résultats 2008-2009 et 2010-2011 sont comparables puisque le résultat 2008-2009 a été recalculé pour tenir compte de cette modification.

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Orientation 2.1
Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2010-2015	RÉSULTATS	
			2009-2010	2010-2011
AXE : **SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS**				
2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	70 %	55 %	57,4 %
2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)	Nombre total de GMF implantés	300 d'ici 2013	209	223
2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées	250	18	46

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2010-2015	RÉSULTATS	
			2009-2010	2010-2011
AXE : **JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE**				
2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	2 % des jeunes et des adultes	72 367 personnes	75 848 personnes, soit près de 1 % de la population
2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :			
	• un suivi intensif dans le milieu (SIM)	100 places par 100 000 personnes	2 004 places	2 098 places, soit 26 places par 100 000 personnes
	• des services de soutien d'intensité variable (SIV)	250 places par 100 000 personnes	3 998 places	4 184 places, soit 52 places par 100 000 personnes

ENJEU 3
UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Orientation 3.1
Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2010-2015	RÉSULTATS 2009-2010	RÉSULTATS 2010-2011
AXE : **SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS**				
3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :			
	▪ une chirurgie d'un jour		91,3 %	91,7 %
	▪ une chirurgie avec hospitalisation		94,1 %	94,8 %
	▪ une arthroplastie totale de la hanche	90 %	87,9 %	83,8 %
	▪ une arthroplastie totale du genou		84,8 %	80,6 %
	▪ une cataracte		95,9 %	95,6 %
3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis	Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis :			
	Hémodynamie			
	▪ Catégorie A : moins de 2 semaines	100 %	91,9 %	91,2 %
	▪ Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois	90 %	90,9 %	85,2 %
	Chirurgie cardiaque			
	▪ Catégorie A : moins de 2 semaines	100 %	82,1 %	88,9 %
	▪ Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois	90 %	74,4 %	72,6 %
	Électrophysiologie			
	▪ Catégorie A : moins de 72 heures	100 %	75,3 %	76,2 %
	▪ Catégorie B : de 72 heures à 3 mois	75 %	38,9 %	37,6 %

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2010-2015	RÉSULTATS	
			2009-2010	2010-2011
AXE : **URGENCES**				
3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière	Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	Moins de 1 %	7,2 %	7,0 %
	Séjour moyen sur civière	12 heures ou moins	17,6 heures	17,6 heures
AXE : **SANTÉ MENTALE**				
3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : ▪ aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours	Nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours[1]	Diminution	5 395 personnes	5 572 personnes soit une augmentation de 177 par rapport à 2009-2010

1. L'indicateur inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 est le suivant : « Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis pour les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours ». La production du résultat relatif à cet indicateur nécessite l'exploitation d'une nouvelle source de données. L'indicateur présenté en 2010-2011 est le même qu'en 2009-2010 et fait partie des indicateurs de gestion suivis par le Ministère dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité qu'il a signées avec les agences en 2010-2011.

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

Orientation 5.1
Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

OBJECTIF	INDICATEURS	CIBLES 2010-2015	RÉSULTATS	
			2009[1]	2010[2]
AXE : **DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE**				
5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec	Degré d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions[3]	80 %	93 % en régions éloignées 104 % en régions intermédiaires 104 % en régions périphériques 100 % en régions universitaires	100 % en régions éloignées 100 % en régions intermédiaires 101 % en régions périphériques 101 % en régions universitaires
	Degré d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de région[3]	80 %	79 % en régions éloignées 84 % en régions intermédiaires 91 % en régions périphériques 95 % en régions universitaires	80 % en régions éloignées 86 % en régions intermédiaires 93 % en régions périphériques 96 % en régions universitaires

1. Les PREM 2009 étaient en vigueur du 1er décembre 2008 au 30 novembre 2009.
2. Le PREM 2010 en omnipratique était en vigueur du 1er décembre 2009 au 30 novembre 2010, tandis que le PREM 2010 en médecine spécialisée était en vigueur du 1er décembre 2009 au 17 février 2011.
3. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la Baie-James.
   Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais.
   Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
   Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

Orientation 5.2
Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE 2010-2015	RÉSULTATS	
			2009-2010	2010-2011
AXE : **RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL**				
5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	Diminution de 7,1 % par rapport à 2009-2010 Ratio de 5,15 %	Diminution de 1,4 % par rapport à 2008-2009 Ratio de 5,54 %	Augmentation de 3,79 % par rapport à 2009-2010 Ratio de 5,75 %